REVUE DES JOURNAUX

ARCHIVES DES MALADIES DES REINS et des ORGANES GÉNITO-URINAIRES (Paris)

L. Ambard (Strasbourg). ***Ce que nous pouvons penser de la néphrose lipoïdique*** (*Archives des maladies des reins et des organes urinaires*, t. **10**, n° 6, Novembre 1936, p. 545-550). — Le nom de *néphrose lipoïdique* donné à certains syndromes de néphrite avec albuminurie et œdèmes est-il justifié ? Widal a décrit tout ce qui constitue le syndrome désigné actuellement sous ce nom et a conclu qu'il n'y avait pas à créer un type spécial de néphrite avec lipémie.

L'hypo-albuminurie du sang est-elle due, comme le pensait Widal, à un appauvrissement du sang en eau ou à un appauvrissement du sang en albumines ? Pour le dire avec certitude, il faudrait savoir mesurer le volume sanguin mieux que nous ne le savons faire.

Le terme de néphrose lipoïdique est-il mieux justifié par les constatations de l'histologie pathologique ? Les cellules des tubes rénaux sont bourrés d'enclaves lipidiques. Mais ce n'est pas une dégénérescence. La concentration maxima de l'urée reste normale. Comme l'ont montré les expériences de Gérard et Cordier, les cellules rénales ne sont bourrées de lipides que parce qu'elles s'emparent des lipides du sérum qui passent à travers les pores capillaires élargis du glomérule. Il n'y a là nul signe de dégénérescence, mais seulement le témoignage d'une activité physiologique normale.

Le terme de *néphrose lipoïdique* doit donc être abandonné, il doit être remplacé par le terme assez neutre de *néphrite avec œdème*, avec suppression du qualificatif chlorurémique, car dans le syndrome que nous étudions, le taux du chlore reste voisin de la normale.

Comment expliquer le syndrome urinaire de la *néphrite avec œdème:* les pores des capillaires glomérulaires sont dilatés : l'albumine s'échappe. Si on donne un excès de sel, l'albumine augmente: le sel fait rétracter la paroi (albumineuse) du capillaire et élargit les pores. L'oligochlorurie est due à la compression des vaisseaux rénaux par l'œdème de la glande. La circulation sanguine est ralentie et par suite l'apport de pituitrine (qui favorise l'excrétion du chlorure de sodium) est diminué. Un même mécanisme joue vis-à-vis de la diminution de l'élimination chlorée dans l'hyposystolie.

Le ralentissement de la circulation par l'œdème explique l'oligurie.

L'excrétion de l'urée reste normale, elle ne dépend de l'apport d'aucune hormone; la circulation sanguine rénale est diminuée sans doute, mais l'ultrafiltration est plus poussée au niveau du glomérule et l'excrétion de l'urée se maintient, aidée d'ailleurs par la légère élévation de l'azotémie des malades. Elle compense le moindre apport circulatoire dans le rein œdématié.

G. Wolfromm.

JOURNAL DE CHIRURGIE (Paris)

Ch. Friedel, G. Arnulf et Angielowicz. ***Les disjonctions cranio-faciales traumatiques*** (*Journal de Chirurgie*, t. **50**, n° 1, Juillet 1937, p. 27-43). — Les traits de fracture multiples, nécessaires à la séparation du massif facial supérieur de la base du crâne, s'imaginent aisément et l'anatomie pathologique de cette disjonction cranio-faciale a été complètement décrite et reproduite expérimentalement par Lefort en 1901. L'intérêt du présent mémoire est d'attirer l'attention sur la possibilité de méconnaître une telle lésion et sur la fréquence avec laquelle ses auteurs l'ont rencontrée depuis qu'ils la recherchent systématiquement chez les grands traumatisés de la face des Services de Chirurgie de Lyon.

Le signe caractéristique est celui de toute fracture: la mobilité anormale, soit antéro-postérieure, soit transversale, que l'on a à rechercher sur un blessé qui présente souvent des lésions des parties molles recouvrant les saillies osseuses de la face sur lesquelles a porté le choc, et qui, souvent aussi, est dans le coma en raison des lésions cranio-encéphaliques associées à la disjonction. Cette mobilité anormale du massif facial a pu être constatée par le malade lui-même.

En dehors des complications infectieuses, qui passeront au premier plan s'il y a association d'une fracture de la base, ce sont les altérations apportées par le refoulement du maxillaire supérieur à l'articulé dentaire, qui constituent la complication majeure de la disjonction cranio-faciale. Ces troubles de l'articulé varient avec les déplacements subis par le massif facial mobilisé et peuvent être augmentés par un trait de fracture vertical médian séparant les deux maxillaires supérieurs, et par des fractures, parfois multiples, du maxillaire inférieur.

Si ce déplacement n'est pas corrigé dans la semaine qui suit le traumatisme, les fragments se fixent en position vicieuse et, si le pronostic vital de la lésion elle-même peut être considéré comme bon, le pronostic fonctionnel, en ce qui concerne la mastication et par suite la digestion et la parole, sera mauvais.

Le traitement comporte d'abord les mêmes soins préservateurs d'infection que pour les fractures de la base du crâne auxquelles la disjonction est d'ailleurs souvent associée. C'est ensuite la réduction du déplacement facial avec le retour à la normale de l'articulé dentaire dans la position d'occlusion au repos qui constitue sa partie essentielle.

Cette réduction doit être maintenue grâce à un point d'appui qui a été cherché sur la voûte cranienne par une série d'appareils dont le plus récent est celui de Darcissac. C'est à l'appui présenté tout naturellement par le maxillaire inférieur que les auteurs ont recours. Un fil d'acier, quelques pinces et un peu d'habitude leur permettent, par le procédé d'Ivy, d'établir une contention ou blocage intermaxillaire qui met au contact et fixe en bonne place les dents des deux arcades. Ces ligatures peuvent d'ailleurs permettre le rapprochement des deux maxillaires supérieurs dans le cas de fracture en T et celui des fragments dans le cas de fracture du maxillaire inférieur.

Ce blocage, fait le plus tôt possible, sera levé au bout de 8 jours, puis rétabli pour n'être supprimé qu'au bout d'un temps variant avec celui demandé par la consolidation, 1 à 2 mois environ.

Lorsque le blessé est vu tardivement, à la période de consolidation vicieuse, la remise en place, difficile et exceptionnellement tentée par mobilisation nouvelle du maxillaire supérieur, sera obtenue par la double résection des condyles, à la manière de Jaboulay.

P. Grisel.

Yves Bourde et Michel Mosinger. ***Les kystes entéroïdes*** (*Journal de Chirurgie*, t. **50**, n° 3, Septembre 1937, p. 289-309). — L'observation qui est le point de départ de cette étude d'ensemble des kystes juxta-intestinaux à structure intestinale, dits « kystes entéroïdes » par Terrier et Lecène (1904), peut être ainsi résumée:

Un garçon de 10 ans, souffrant de l'hémiventre droit depuis 3 jours, entre dans le service de clinique chirurgicale de Marseille le 1er Mai 1936 où il est opéré d'urgence avec le diagnostic d'appendicite à forme tumorale, posé, sans conviction, en raison de la présence dans la profondeur du flanc droit, d'une masse arrondie, du volume d'une petite mandarine, sensible, submate, mobilisable de la région sous-hépatique au bas de la fosse iliaque.

L'incision de Roux montre la présence, en quantité abondante, de liquide péritonéal citrin. L'appendice long, contourné, un peu turgescent, est enlevé.

La tumeur, du volume d'une noix, bleutée, rénitente, à parois lisses et épaisses, est incluse dans la paroi de la dernière anse iléale, tout près de l'abouchement iléo-cæcal. Enucléation impossible. L'ablation emporte la partie de la paroi intestinale avec laquelle la tumeur kystique fait corps, et la suture entraîne un tel rétrécissement de calibre que l'on fait une anastomose iléo-ascendante latéro-latérale. Guérison au 27e jour.

L'examen histologique de la pièce montre: que le kyste contenait un liquide sous tension, couleur chamois, d'allure purulente; que l'épithélium de revêtement interne est variable, le plus souvent cylindrique, par places à cellules cubiques et dans certaines zones, aplati ou même endothéliforme, que cet épithélium présente des invaginations glanduliformes et qu'il repose sur un chorion muqueux extrêmement mince reposant lui-même sur un tissu fibreux formé de fibroblastes et de lamelles de collagène ordonnées concentriquement à la cavité, sans fibres musculaires lisses.

Les détails de l'observation rapportés aux résultats de l'étude d'ensemble montrent que ce kyste entéroïde occupait le siège le plus habituel (71 fois le grêle contre 17 fois le côlon (Kettel), 15 fois l'iléon terminal contre 1 fois le cæcum et 2 fois le jéjunum (Terrier et Lecène); que par rapport à la paroi intestinale il occupait la position sous-séreuse la plus fréquente, les kystes sous-muqueux et les kystes intra-musculaires étant rares.

Au point de vue de la pathogénèse, l'hypothèse la plus acceptable est celle qui considère ces kystes comme dus à l'isolement de diverticules intestinaux fréquents chez l'embryon (Keibel, Lewis et Thyng), le diverticule pouvant être celui de Meckel (Terrier et Lecène); les entérokystomes, sont ainsi *meckéliens* (qui développés aux dépens du canal omphalo-mésentérique peuvent être soit intestinaux, soit pariétaux, inclus dans la paroi abdominale antérieure) ou *non meckéliens.*

Les conclusions du traitement sont en faveur d'une connaissance plus répandue de l'existence de ces kystes permettant leur diagnostic et sa conséquence opératoire. La technique variera, de l'ablation aisée pour les kystes extra-intestinaux, à l'excision suivie de suture sténosante et d'entéro-anastomose ou même à la résection que B. et M. ont évitée dans leur cas et qui a, jusqu'ici, donné 8 morts sur 18 cas.

P. Grisel.

JOURNAL D'UROLOGIE (Paris)

J. Pérard, L. Léger et L. Faulong. ***Les cancers fébriles du rein*** (*Journal d'Urologie*, t. **43**, n° 6, Juin 1937), p. 489-500). — Une malade de 39 ans souffre depuis trois mois de douleurs lombaires gauches avec fortes oscillations thermiques et al-

teinte de l'état général. Toutes les explorations sont négatives. L'anémie va croissant. Il apparaît enfin une psoïtis discrète, mais la division des urines ne montre aucune différence entre les deux reins. On pratique une lombotomie exploratrice; elle permet d'enlever un rein portant sur son bord convexe une tumeur à cellules claires du type dit hypernéphrome. Il n'existe aucune trace d'infiltration inflammatoire du tissu rénal. La température tombe instantanément à 37°. La malade reprend 17 kilogr.

Quatre mois après les grandes oscillations thermiques reparaissent: le poumon est farci de métastases. Le malade succombe 10 mois après la néphrectomie.

Suit une instructive étude de la fièvre dans le cancer du rein.

La fièvre non seulement ne doit pas faire éliminer le diagnostic de cancer du rein, mais doit y faire penser. Elle autorise, si rien ne l'explique, à pratiquer une urétéro-pyélographie, seul moyen de faire ce diagnostic précoce qui 'urant ces quinze dernières années a modifié du tout au tout le pronostic du cancer du rein. G. Wolfromm.

Z. Zelicovici. ***Les cystalgies de cause extra-vésicale chez les femmes âgées*** (*Journal d'Urologic*, t. 44, n° 2, Août, p. 140-155). — On est souvent très embarrassé devant des phénomènes cystalgiques que présentent des femmes âgées et que l'on ne peut rattacher aux causes habituelles des infections urinaires. Les urines sont souvent claires et stériles. Si elles sont troubles, il arrive que les douleurs persistent après qu'on est arrivé à les éclaircir.

Ces cystalgies sont le plus souvent de cause extra-vésicale et l'une des affections suivantes est en cause :

1° La métrite du col: elle réclame un traitement local (injections, pansements cervicaux, électro-coagulation).

2° Le prolapsus génital: un traitement médical (hydrothérapie, kinéthérapie), le port d'un pessaire peuvent faire cesser les troubles. Sinon, la colpopérinéorraphie est nécessaire.

3° Les lésions urétrales ou para-urétrales : *a) métrite banale* (lavages à l'oxycyanure, attouchements au nitrate d'argent à 1 pour 100); *b) skenites et bartholinites:* instillations (délicates) de nitrate d'argent dans leur orifice, au besoin après l'avoir étincelé pour l'élargir; c) *urétrocèle:* instillations de nitrate d'argent dans la poche diverticulaire ou excision chirurgicale de la poche avec réfection des parois urétrale et vaginale; *d) prolapsus urétral :* injections sclérosantes de quinine-urée ou résection avec restauration du méat par sutures; e) *polypes de l'urètre ou du col vésical:* étincelage et parfois, pour les petites tumeurs, injections sclérosantes de quinine-urée.

4° Enfin, si on ne trouve aucune cause locale, on a la ressource s'il y a de la colibacillurie d'instituer un traitement de colibacillose; si les douleurs sont consécutives à une hystérectomie, une adhérence épiploïque à la cicatrice peut être en cause. Devant des douleurs vésicales très intenses, on peut essayer l'opération de Cotte.

Le traitement de toutes ces causes d'irritation vésicale chez la femme âgée trouve toujours un précieux adjuvant dans l'emploi de piqûres antispasmodiques. G. Wolfromm.

REVUE FRANÇAISE DE PEDIATRIE (Paris)

S. Van Creveld (Amsterdam). ***Le rachitisme rénal*** (*Revue française de pédiatrie*, t. 13, n° 3, 1937, p. 229-255). — Le rachitisme rénal (Apert), est moins exceptionnel qu'on ne le pensait il y a quelques années. Les premiers symptômes se manifestent habituellement entre 6 et 8 ans, mais parfois beaucoup plus tôt ou plus tard. Ce sont surtout l'arrêt de croissance et le *genu valgum* auxquels viennent s'ajouter souvent l'épaississement des épiphyses des chevilles et des poignets, le chapelet costal, d'autres déformations du thorax ou des extrémités, etc. Les fractures peuvent se produire et les douleurs osseuses ou articulaires sont fréquentes. En même temps ou même auparavant apparaît une soif extrême avec polyurie et albuminurie légère. La fonction rénale est d'ailleurs fortement troublée.

A mesure que la maladie avance, le retard de la croissance s'accentue et des symptômes d'urémie apparaissent : céphalée, vomissements, convulsions, troubles de la vue, parfois hémorragies. La pression sanguine. normale au début, augmente considérablement dans la suite. Une anémie secondaire est habituelle et on note dans la plupart des cas, une pigmentation accentuée de la peau.

Ce tableau morbide impose des examens complémentaires. La *pyélographie* permet d'apprécier le volume et la forme des reins, ainsi que l'existence d'une dilatation ou d'une distorsion du bassinet, des uretères ou de la vessie. *L'analyse du sang* montre toujours un excès d'urée dans les cas typiques et une augmentation, parfois très notable, du taux en phosphates inorganiques, avec diminution du taux du calcium du sérum.

La *radiographie* des os permet de distinguer trois types: un type atrophique avec forte ostéoporose, un type analogue au rachitisme floride, un type « en rayon de miel », le plus caractéristique.

Le *pronostic* du rachitisme rénal est sévère. Le plus souvent les malades meurent d'urémie au bout de quelques années, parfois de 10 à 20 années.

A l'autopsie, les lésions du squelette sont les plus importantes ainsi que celles des voies urinaires. Les reins sont généralement petits et pâles avec substance corticale amincie. Ces lésions peuvent résulter d'une infection ascendante venant des uretères avec des lésions congénitales, mais ces dernières peuvent exister dans les reins eux-mêmes (kystes congénitaux, absence d'un rein, reins en fer à cheval, etc.). Dans d'autres cas, les lésions rénales présentent le caractère d'une néphrite chronique interstitielle.

Au point de vue de l'*étiologie* le caractère familial ou héréditaire de l'affection a quelquefois été noté. Généralement on incrimine des infections spécifiques ou non, des intoxications, des troubles endocriniens. La syphilis ne paraît que rarement en cause. L'intoxication par le plomb a joué un rôle, surtout dans les cas australiens.

Pour expliquer le retard de croissance, l' « infantilisme rénal », plusieurs explications sont fournies.

1° Chaque lésion d'un organe pendant la période de croissance peut entraîner un retard de croissance et provoquer l'infantilisme. L'infantilisme rénal est du même ordre que l'infantilisme hépatique, intestinal, pancréatique et cardiaque.

2° La fonction rénale insuffisante ferait naître un état toxique (Brockman).

3° L'hyperfonction parathyroïdienne, constatée à plusieurs reprises, pouvait être responsable du retard de croissance.

4° Les nécroses trouvées par Shelling et Remsen dans l'hypophyse antérieure obligent à tenir compte d'une hyposécrétion de l'hormone de croissance.

Au point de vue du *diagnostic*, il faut d'abord éliminer le rachitisme ordinaire compliqué d'une affection rénale chronique. Il faut savoir que le diabète insipide, lié à une maladie de l'hypophyse antérieure, peut causer un trouble de croissance. Il faut songer aussi à une hyperparathyroïdie primaire compliquée d'une lésion rénale.

Au point de vue *thérapeutique*, la plupart des auteurs admettent qu'il n'existe pas de traitement du rachitisme rénal pouvant faire espérer une guérison totale. On devra surtout reconnaître d'une façon précoce les lésions congénitales des voies urinaires lorsqu'elles sont en cause et les traiter s'il est possible. G. Schreiber.

REVUE DU RHUMATISME (Paris)

H. Grenet et **R. Levent.** ***L'autonomie clinique de la maladie rhumatismale*** (*Revue du Rhumatisme*, t. 4, n° 2, Février 1937, p. 156-178). — Le rhumatisme articulaire aigu présente un ensemble de symptômes assez précis pour permettre, d'une part de le distinguer d'autres affections articulaires aiguës ou subaiguës, qui forment le groupe des pseudo-rhumatismes ou rhumatismes infectieux et, d'autre part, de reconnaître ses formes extra-articulaires.

La maladie rhumatismale, comme l'avait très bien vu Bouillaud, n'est en effet pas exclusivement une maladie articulaire, les lésions cardiaques y sont très fréquentes et on peut y voir d'autres manifestations viscérales.

Le rhumatisme articulaire aigu est une maladie des jeunes, il est précédé d'une angine dans 1/3 des cas, il évolue ordinairement indépendamment de toute autre maladie. Les arthrites sont caractérisées par leur mobilité, leur multiplicité, la localisation élective sur les grandes jointures, la possibilité de mobiliser l'articulation si l'on obtient du malade la résolution musculaire complète. Ses complications sont très particulières et la découverte d'une cardiopathie est presque une signature. Les modalités évolutives ne sont pas moins caractéristiques. L'évolution est différente de celle de l'endocardite maligne, lente, streptococcique. Il y a très fréquemment des signes de péricardite qui peut évoluer vers la symphyse, dans les formes graves, la défaillance cardiaque est la règle, alors que ces symptômes manquent dans la maladie d'Osler.

Anatomiquement, l'endocardite rhumatismale n'est pas une endocardite végétante ni ulcéreuse, ce qui la différencie de l'endocardite streptococcique.

Les cas où l'on pu retrouver du streptocoque dans le sang ne sont pas à l'abri de critiques et, jusqu'à présent, rien ne prouve l'origine streptococcique de la maladie rhumatismale, ni même une parenté avec l'endocardite streptococcique.

L'apparition d'une chorée est également un phénomène assez spécial à cette affection.

Mais surtout, bénin et court ou grave et prolongé, le rhumatisme articulaire aigu n'aboutit jamais ni à la suppuration ni à la chronicité.

Ce n'est que dans la maladie de Bouillaud que le salicylate de soude guérit vraiment, sans qu'il soit possible de considérer l'argument thérapeutique comme suffisant à lui seul.

L'existence de formes à type d'infection générale, de formes viscérales d'emblée, de manifestations cutanées, sous forme d'érythèmes marginés ou de nodules de Meynet, complète l'autonomie de la maladie rhumatismale, tous ces cas ayant un caractère commun: l'atteinte cardiaque à un moment donné de l'évolution.

Si l'allergie peut expliquer certains symptômes, elle n'explique pas la maladie elle-même. On peut supposer que, sous l'action d'un virus spécifique, se développe une maladie particulière qui a une affinité spéciale pour les tissus d'origine mésenchymateuse.

Robert Clément.

LE JOURNAL DE MEDECINE DE LYON

A. Dumas. ***La maladie hypertensive et les syndromes d'hypertension qui doivent en être distingués*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. 18, n° 425, 20 Septembre 1937, p. 493-507). — Il existe une forme évolutive progressive de l'hypertension artérielle qui, débutant par une phase d'hypertension solitaire, s'achemine plus ou moins rapidement vers une phase troublée d'hypertension organique pour aboutir en troisième lieu à une phase d'involution tensionnnelle. A cette forme, on est en droit de reconnaître une autonomie cli-

nique et de la distinguer des autres états hypertensifs, sous le nom de « maladie hypertensive ».

La maladie hypertensive débute aux environs de la quarantaine, à la période de la ménopause chez la femme et à la période correspondante chez l'homme. Dans bien des cas, cependant, elle s'est établie sous sa forme strictement solitaire longtemps auparavant. Nous ignorons encore sa cause réelle, mais l'enquête sur les antécédents oriente vers une étiologie diathésique et montre sa parenté certaine avec d'autres maladies de même ordre.

Il faut distinguer la maladie hypertensive de l'hypertension d'origine syphilitique, de l'hypertension de la néphrite, de celle de la ménopause et de l'hypertension transitoire bénigne des jeunes sujets.

A la phase de début, le diagnostic est basé sur l'absence d'albumine et d'azotémie. Si la tension maxima varie en plus ou en moins, la minima ne cesse de progresser. Le malade présente un état d'anxiété spécial, il pâlit et maigrit L'examen du fond d'œil montre une hypertension de l'artère rétinienne, que l'on ne trouve pas dans les états d'hypertension transitoire ou de type fonctionnel. Les artères sont très grêles, très claires, et présentent des images de spasmes avec calibre fusiforme ; on peut voir le long des vaisseaux, des exsudats et même des hémorragies discrètes sous forme de pointillé.

A la phase d'état, l'apparition de l'albuminurie et de l'azotémie chez un sujet n'ayant jamais eu de néphrite, fait penser à cette affection. Quand on ignore l'état antérieur du malade, le diagnostic est difficile avec l'hypertension néphritique.

Pour le traitement, on en est réduit à des médications symptomatiques, parmi lesquelles la thérapeutique vaso-dilatatrice est la plus fréquemment utilisée.

Robert Clément.

R. Froment et **A. Vachon.** ***Les données de l'électrocardiographie dans l'angine de poitrine (A propos de 31 observations récentes)*** [*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. **18**, n° 426, 5 Octobre 1937, p. 531-537]. — L'étude électrocardiographique a, dans l'angine de poitrine, un intérêt diagnostique et pronostique.

Les altérations de l'électrocardiogramme, et spécialement la négativation isolée de l'onde T du complexe ventriculaire en dérivation I ou II, sont de règle dans les syndromes angineux que l'interrogatoire et l'examen permettent d'attribuer, selon toute vraisemblance, à une artérite des troncs coronariens. Sur 15 cas, on a trouvé 8 ondes T négatives, 3 blocs de branche, 3 tracés normaux.

Au contraire, ces perturbations du tracé électrocardiographique sont l'exception dans les angors dont l'origine coronarienne paraît cliniquement douteuse (un seul tracé avec négativation de l'onde T. sur 9 cas de cette catégorie).

Chez les malades atteints d'aortite syphilitique, avec angor, on constate rarement ces modifications de l'électrocardiogramme (une seule fois sur 7 cas).

L'électrocardiographie permet donc souvent de signer l'organicité des phénomènes douloureux et leur origine coronarienne dans les cas où l'étiologie était restée incertaine. De cette notion découlent des éléments pronostiques et, en outre, on peut en tirer d'autres de l'importance plus ou moins grandes des modifications qualitatives de la contraction cardiaque.

La stabilité ou l'évolution des troubles électriques vers des altérations plus profondes, reflète la fixité ou le cadre évolutif de l'affection coronarienne.

Les recherches électrocardiographiques, enfin, montrent que ce n'est pas en vain que l'on cherche à différencier cliniquement plusieurs catégories d'angor.

Robert Clément.

LYON MÉDICAL

R. Desjacques. ***Pancréatite œdémateuse*** (*Lyon Médical*, t. **160**, n° 35, 29 Août 1937, p. 214-217). — Un homme de 35 ans ayant présenté brusquement de vives douleurs épigastriques, avec vomissements, pâleur, tendance syncopale, ballonnement et défense épigastrique, une laparotomie médiane montra un œdème péritonéal, avec un peu de sérosité claire. La glande pancréatique est perçue indurée à la palpation. Le liquide péritonéal, prélevé était stérile. Un fragment hépatique prélevé montra d'énormes lésions de dégénérescence. Les suites opératoires furent simples. Le dosage des ferments pancréatiques dans le liquide duodénal donna pour la trypsine, 1/3 de la normale, pour l'amylase, une quantité supérieure à la normale. Trois mois plus tard, le malade fit une nouvelle crise, qui céda en 3 jours au traitement médical.

Ce malade était ancien syphilitique; le B. W. était négatif dans le sang.

Ces poussées œdémateuses successives, sur un pancréas sclérosé, plaident en faveur d'une séparation complète entre la pancréatite œdémateuse et la pancréatite hémorragique. L'une et l'autre peuvent compliquer la pancréatite chronique ou y aboutir.

Dans ce cas de pancréatite œdémateuse et dans 9 observations de pancréatite hémorragique, il n'existait pas de lithiase biliaire. Deux malades seulement ont guéri.

Robert Clément.

R. Chevallier. ***Le diagnostic gastroscopique des formes initiales et des formes tardives méconnues du cancer gastrique*** (*Lyon Médical*, t. **160**, n° 37, 12 Septembre 1937, p. 257-267). — Chez un homme de 42 ans, présentant depuis des années des troubles dyspeptiques et depuis 1 an, un syndrome douloureux épigastrique, avec examen radiologique négatif, la gastroscopie montra un cratère ulcéreux plus ou moins arrondi recouvert d'un enduit grisâtre et creusé au centre d'une masse tumorale suintante. Dans toute la zone, la rigidité de la paroi était complète.

Chez une femme de 58 ans, ressentant des douleurs gastriques depuis 2 ans, chez qui la radio ne montrait pas d'aspect anormal, la gastroscopie permit de constater une zone infiltrée, de plusieurs centimètres de hauteur, bosselée, mais non bourgeonnante.

Dans ces deux cas et dans une 3e observation analogue, l'intervention confirma l'existence d'un cancer de l'estomac.

A un homme de 45 ans, ayant un syndrome de sténose du pylore caractérisé, on fit une gastro-entéro-anastomose. La palpation montra un épaississement dur, du volume d'une noix, au niveau du pylore. L'examen histologique d'un ganglion prépylorique ne révéla aucun signe de cancérisation. 1 an 1/2 plus tard, l'examen radiologique montra un estomac abaissé et inerte, mais aucun signe d'infiltration, ni aucune image ulcéreuse. La gastroscopie montre la rigidité de la région pylorique, la disparition des plis de l'antre, une muqueuse pâle, ivoire, sèche et mate. Une deuxième gastroscopie, 9 mois plus tard, montra une masse arrondie et un grain d'aspect polypoïde. L'opération confirma l'existence d'une tumeur pylorique en virole épithéliomateuse.

Un autre sujet de 69 ans, ayant à la gastroscopie, l'« état cartonné leuco-atropho-amyxique », on put faire précocement chez lui, le diagnostic d'infiltration cancéreuse.

Robert Clément.

Ch. Clavel et **A. Saadate.** ***Onze observations de pancréatite aiguë*** (*Lyon Médical*, t. **160**, n° 42, 17 Octobre 1937, p. 389-404). — Ces 11 malades ont été amenés d'urgence avec un syndrome abdominal aigu très impressionnant, 2 fois, le maximum de la douleur était sus-ombilical et l'irradiation costo-lombaire gauche, ce qui permit un diagnostic clinique. Dans les autres cas, l'irradiation manquait, mais la contracture étant moins marquée que dans l'ulcère perforé, on fit le diagnostic de cholécystite ou, la douleur étant diffuse, celui de péritonite.

Le siège de la douleur paraît influencé par le siège des lésions pancréatiques. Les pancréatites de la tête donnent des douleurs prédominant dans l'hypochondre droit, celles du corps, de la queue ou les pancréatites totales, donnent une douleur irradiée dans l'angle costo-lombaire gauche.

L'évolution ne paraît pas étroitement liée aux lésions anatomiques. Les formes hémorragiques semblent cependant les plus graves (2 décès sur 3 cas). Les pancréatites œdémateuses ont entraîné la mort 1 fois sur 2. A l'autopsie, les lésions n'avaient pas évolué vers la pancréatite hémorragique. Trois formes avec stéatonécrose, sans lésions hémorragiques, ont abouti à la guérison, et 3 pancréatites accompagnées de lésions vésiculaires intenses, ont donné deux guérisons après opérations et 1 décès.

Sur 7 malades opérés et paraissant guéris après l'opération, 1 n'a pas été retrouvé, 1 était en bon état depuis et présentait des fonctions digestives satisfaisantes, 1 datait de moins de 1 an. 4 autres malades ont conservé des troubles, 3 digèrent péniblement les graisses, mais n'ont pas de crises douloureuses intenses; la dernière a présenté des crises de pancréatite aiguë et doit se soumettre au tubage duodénal.

Dans 2 cas, on a trouvé des calculs dans les voies biliaires, 4 fois, les voies biliaires étaient indemnes; 1 fois, il existait une cholécystite non calculeuse; dans 1 cas, on a pu invoquer comme étiologie, la syphilis et dans l'autre, la maladie de Bouillaud.

Sur 11 malades, 5 traités par drainage pur et simple de l'arrière-cavité: 2 guérisons opératoires, 3 décès. Chez 6 malades, au drainage, a été associée la cholécystostomie: 5 guérisons.

Le rôle thérapeutique de la cholécystostomie paraît tellement important qu'il faut la faire coûte que coûte et au besoin avec une technique simplifiée pour ne pas prolonger trop l'intervention.

Robert Clément.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Berlin)

Heinlein et **Muschallik.** ***Modification du sang et des organes par administration parentérale d'auto-sérum*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 25, 19 Juin 1937, p. 873-876). — Dans ce travail qui émane du laboratoire de Leupold, on rappelle quelques-unes des constatations faites après administration de protéines étrangères. Les expériences entreprises pour compléter les recherches de cette espèce ont consisté à utiliser des lapins chez lesquels on avait préalablement déterminé dans le sang les protéines totales, le fibrinogène, la globuline, la sérine, l'N résiduel, le nombre des érythrocytes et des leucocytes ainsi que le taux de l'hémoglobine. Tous les 6 jours, on fit chez ces animaux un prélèvement de sang et on leur réinjecta 5 cmc de leur propre sérum, généralement dans les veines et quelquefois dans les muscles. On constata tout d'abord une augmentation d'abord faible, puis plus importante de la globuline et du fibrinogène atteignant le taux de 120,5 pour 100 et de 69 pour 100 par rapport aux chiffres initiaux, la sérine variant assez peu. Ces phénomènes sont assez semblables à ceux qu'on observe après injection de protéines hétérogènes ou de colloïdes métalliques. Le sommet de la courbe du fibrinogène survint dans tous les cas un peu avant le sommet de la courbe de la globuline et dans l'ensemble il y eut forte augmentation du rapport globuline : sérine. Il y a donc lieu d'admettre que les protéines de l'auto-sérum sont devenues étrangères et se sont désinté-

grées en donnant lieu à une augmentation de la mue cellulaire.

Les altérations parenchymateuses constatées sous l'influence de ces réinjections ont consisté en lésions des fibres du myocarde, en vacuolisation des cellules hépatiques et parfois en petits foyers de nécrose hépatique. Au niveau des vaisseaux et du tissu conjonctif, les lésions étaient beaucoup plus importantes et consistaient en inhibition fibrinoïde. On observe, en pareil cas, dans les interstices des faisceaux musculaires du myocarde, une multiplication réactive nette des cellules ayant pour origine soit les cellules de l'adventice, soit les lymphocytes.

Sous l'endocarde il existe souvent des amas de cellules lympho-histiocytaires et, dans le foie, une prolifération endothéliale plus ou moins nette. Des phénomènes de ce genre ont été observés, notamment par Heinlein, après intoxication chronique par l'histamine. A côté de ce corps, d'autres produits de désintégration doivent posséder des effets analogues. On peut très bien se représenter que l'injection de protéines hétérogènes ou homogènes peut donner naissance à des produits qui déterminent des altérations morphologiques. Ces produits sont en cause dans la thérapeutique non spécifique et il est probable que dans la chimiothérapie apparemment spécifique telle qu'elle est pratiquée dans la thérapeutique des affections à spirochètes ou à trypanosomes, des produits de ce genre interviennent également.

P.-E. MORHARDT.

Basilios Malamos. *Paludisme et réticulocytes* (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 25, 19 Juin 1937, p. 885-887). — Des recherches nombreuses sur le rôle des réticulocytes dans le paludisme, notamment pour savoir si ces formations sont ou non plus particulièrement atteintes par les plasmodies, ont été faites et jusqu'ici sont restées assez peu concluantes. Elles ont donc été reprises par M. qui a d'abord utilisé des singes chez lesquels, après inoculation de la forme tropicale (*Pl. knowlesi*), il a procédé à la détermination du nombre des réticulocytes présentant un parasite. Malgré une infection très intense, il n'a souvent pas été possible de trouver de plasmodies dans les réticulocytes et, en tout cas, la proportion de réticulocytes atteints n'était pas plus grande que celle des autres érythrocytes. Chez l'homme atteint de forme tropicale ou de forme tertiaire, on a trouvé 40 à 45 parasites pour mille dans des réticulocytes.

Au fur et à mesure que la régénération du sang se produit sous l'influence de la thérapeutique, on constate un envahissement du sang périphérique par les réticulocytes et, néanmoins, le nombre des parasites tend plutôt à diminuer.

P.-E. MORHARDT.

Erich Urbach et Franz Kral. *Protection contre la lumière par la combinaison de vitamine C et d'essence de bergamotte* (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 27, 3 Juillet 1937, p. 960-962). — L'essence de bergamotte est souvent recommandée dans le vitiligo et en essayant d'augmenter les effets de ce médicament au moyen de vitamine C, U. et K ont eu l'occasion de constater que l'association de ces deux corps réalise une protection remarquable contre les effets de la lumière.

L'expérience fondamentale a consisté à onctionner pendant trois minutes la peau d'une région du dos avec de l'essence de bergamotte du commerce. D'autre part, il a été administré de la vitamine C et la région a été exposée à des radiations ultra-violettes pendant un temps suffisant pour provoquer de l'érythème. Tandis que l'érythème apparaît au bout de vingt-quatre heures sur la région témoin, la région enduite restait indemne, à condition que la vitamine C ait été administrée avant l'irradiation (1 heure quand il s'agissait d'administration intraveineuse, 2 heures pour l'administration rectale et 3 heures pour l'administration *per os*).

Les expériences complémentaires ont permis de constater que l'administration de vitamine C seule ou d'essence de bergamotte seule restait sans effet. De même, quand l'administration de vitamine C avait lieu 6 heures avant, l'effet protecteur ne se manifestait pas ; l'onction n'agissait en effet que pendant trois heures.

L'essence de bergamotte ne peut pas être remplacée par l'essence de citron ni par l'essence de carvi. Pour déterminer le principe actif de l'essence de bergamotte, on a cherché à la remplacer, d'abord par de l'essence rectifiée qui s'est montrée sans effet. Le produit qui reste après distillation ne s'est pas non plus montré capable de réaliser cet effet protecteur. Aucun des éléments de l'essence de bergamotte ne s'est d'ailleurs montré doué de cette propriété particulière qui se manifeste à l'égard des radiations de courte longueur d'onde, mais pas pour ceux de grande longueur d'onde.

P.-E. MORHARDT.

M. Dressler. *Syndrome d'Adie familial avec hippus* (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 29, 17 Juillet 1937, p. 1013-1017). — D. donne l'observation d'une femme de 26 ans qui a eu des sensations de contracture et de paralysie dans la jambe droite et qui présente des pupilles de grandeur différente, phénomène qui a déjà été constaté quand elle était enfant. En mesurant les pupilles, on constate qu'à droite le diamètre est de 3 mm. et à gauche de 4,5 à 5 mm. Après 6 heures à l'obscurité, les diamètres ne sont pas modifiés à droite mais atteignent 3,5 mm. à gauche. Le passage brusque à la lumière fait passer ce diamètre à 3,5 ou 4 à droite et à 2,5 à gauche. La pupille droite présente à la convergence une réaction tonique d'après le type de Strasburger et le temps de détente varie de 13 à 6 secondes. Le phénomène de l'orbiculaire est positif et tonique à droite, négatif à gauche ; en outre, on constate de l'hippus de l'œil gauche sain. Le stroma de l'iris est un peu atrophique du côté droit et, à la lampe à fente, la réaction est de ce côté paresseuse et vermiforme alors qu'elle est normale à gauche. L'état général est tout à fait normal.

Une sœur de cette femme âgée de 32 ans avait déjà étant jeune fille des pupilles inégales et on fait chez elle, notamment en ce qui concerne l'hippus, des constatations analogues à celles qui ont été faites chez la précédente. Une troisième sœur présente des anomalies semblables.

Dans le premier de ces cas, il s'agit d'un syndrome d'Adie, typique et complet, alors que dans le deuxième et dans le troisième cas, la réaction à la convergence n'est pas aussi nette. Néanmoins, ces anomalies doivent être considérées comme rentrant également dans le syndrome d'Adie auquel, dans les trois cas, l'hippus s'est associé.

Les recherches auxquelles il a été procédé chez les parents n'ont pas pu mettre en évidence l'existence, dans cette famille, d'autres cas du même genre. Il s'agit vraiment là d'un syndrome d'Adie familial, peut-être même héréditaire. D. conseille dans tous les cas du même genre de faire des recherches chez les parents du malade.

En ce qui concerne l'hippus, les investigations ont montré que sur les 18 parents examinés, ces symptômes existaient 7 fois et on doit admettre qu'il existe des relations entre ces symptômes et le syndrome d'Adie.

Quant aux troubles présentés dans les membres par la première malade, il s'agit vraisemblablement de troubles neurovégétatifs qui doivent être mis en relation avec le fait que des états psychoneurotiques, neurasthéniques et kystiques sont observés dans les cas d'hippus.

P.-E. MORHARDT.

Yoshiho Hirata et Kazuo Suzuki. *Dystrophie musculaire progressive et vitamine C* (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 29, 17 Juillet 1937, p. 1019-1022). — Chez 10 malades atteints de dystrophie musculaire progressive du type Landouzy-Déjérine et Duchenne-Griesinger, H. et S. ont déterminé le taux de la vitamine C dans le liquide céphalo-rachidien et dans l'urine d'abord avant tout traitement. Ils ont ainsi observé que chez ces malades, il y avait hypovitaminose C très sévère (en moyenne 0,01019 milligr. par centimètre cube dans le liquide céphalo-rachidien et 3,87 milligr. dans l'urine). L'administration de vitamine C a fait remonter très rapidement le taux de la vitamine C du liquide céphalo-rachidien. Chez ces malades il y avait, avant traitement et comme le fait s'observe d'ordinaire, un trouble profond des échanges de créatine (700 à 1.000 milligr. par jour) et de créatinine (200 à 300 milligr. par jour). En outre, dans le sang complet et dans le sérum on trouvait une forte augmentation du phosphore total (11,35 milligr. et 7,04 milligr. pour 100 gr.) et du phosphore inorganique (8,24 milligr. et 6,63 milligr. pour 100 gr.). En déterminant l'excitabilité musculaire, il fut constaté que la chronaxie était très prolongée.

Sous l'influence d'une thérapeutique par la vitamine C, il apparut en 20 ou 30 jours une sensation de fourmillements dans les régions atteintes. En outre, la motilité s'améliora subjectivement et objectivement. Le taux de la vitamine C augmenta fortement dans le liquide céphalo-rachidien (0,0314 à 0,0354) et dans l'urine (15 à 140 milligr. par jour). En même temps, la créatinine et la créatine baissèrent beaucoup, de même que le phosphore du sang.

Dans les muscles, on put constater également, grâce à une biopsie, que la quantité de glycogène qui était faible avant le traitement, augmenta sous l'influence de la vitamine C. En somme, dans la dystrophie musculaire progressive l'hypovitaminose C considérable qui existe entraîne une diminution de la source d'énergie constituée par le glycogène en même temps que de l'acide créatine-phosphorique si important dans les fonctions de contraction des muscles. P.-E. MORHARDT.

Stefan Molnar. *Le traitement par la vitamine B_1 des affections des nerfs* (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 29, 17 Juillet 1937, p. 1022-1025). — Dans une Clinique universitaire de Budapest, M. a traité par la vitamine B_1 une série d'affections nerveuses : polynévrite infectieuse survenue chez un homme de 46 ans ; polynévrite après typhoïde survenue chez un homme de 44 ans ; névrite du nerf médian droit, névrite du nerf fémoral droit, névrite des nerfs axillaires, cutanés externes et médians gauches, zona, radiculite, sclérose latérale amyotrophique, myélose funiculaire dans un cas d'anémie pernicieuse, névralgie du trijumeau, etc. Dans tous ces cas dont l'observation est donnée, l'amélioration a été importante ; parfois même la guérison est survenue. D'autres cas de myélose funiculaire, d'encéphalite, de sclérose, de névralgies du trijumeau ont présenté une amélioration également nette bien qu'elle n'ait pas pu être établie comme dans les observations précédentes, par des recherches objectives minutieuses. Dans un cas de sclérose multiple et dans un cas de tabes avec douleurs lancinantes, les résultats ont été médiocres. Il en a été de même chez un sujet atteint de sciatique.

Les effets de la vitamine B_1 se font sentir relativement vite, ce qui est d'accord avec les observations faites chez les pigeons atteints de béribéri. En somme, la carence de vitamine B_1 peut survenir assez facilement, surtout quand la consommation de farine ou de sucre est importante, et l'administration de ce principe peut avoir des effets favorables sur beaucoup d'affections nerveuses. P.-E. MORHARDT.

B. Kemkes. ***Chimiothérapie des infections à pneumocoques*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 30, 24 Juillet 1937, p. 1041-1044). — Pour chercher si la quinine a des effets *in vitro* et *in vivo* sur le pneumocoque, K. a utilisé diverses préparations et notamment des solutions, dans le phényldiméthylpyrazolone, de chlorhydrate de quinine à 25 pour 100 (solvochine), de lactate de quinine à 10 pour 100, à 20 pour 100 ou à 26 pour 100 et enfin du glutaminate de quinine à 30 pour 100.

Les recherches *in vivo* ont consisté à procéder à des inoculations de 14 souches différentes de pneumocoques à des souris. Il a été ainsi constaté que l'infection a fait mourir tous les animaux témoins. En mélangeant des cultures de pneumocoques avec une préparation de quinine, on a établi que celle-ci avait une action bactéricide nette. On a constaté, par exemple, dans une série, qu'un tiers des animaux inoculés avec le mélange survivait.

Sur 48 souris traitées par une seule injection d'une préparation de quinine après inoculation de pneumocoques, les effets du médicament ont été peu nets.

Par contre, dans une dernière série de recherches, on a constaté qu'en injectant la préparation de quinine tous les jours, ou même plus souvent, on obtient des résultats meilleurs. Sur 76 souris, 27 ont survécu. Parmi celles qui sont mortes, 33 ont succombé à une infection non pneumococcique. Sur les 28 souris témoins, 3 ont survécu.

Il semble donc établi par ces séries de recherches que les préparations utilisées ont une action bactéricide importante *in vitro* et *in vivo* sur le pneumocoque.

P.-E. Morhardt.

August Meyer et **K. Mezey.** ***Action anti-anaphylactique du pyramidon et de l'atophane*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 30, 24 Juillet 1937, p. 1048-1051). — Certains antipyrétiques sont considérés de plus en plus comme ayant une action non seulement sur la fièvre, mais aussi sur les processus infectieux. C'est ce qu'on admet depuis longtemps, notamment pour les salicylates dans la polyarthrite rhumatismale, pour la quinine dans la pneumonie franche, pour le pyramidon dans la fièvre typhoïde et le rhumatisme, pour le causyth dans la maladie de Bang. Cette action est attribuée au fait que ces corps rendent les parois des capillaires étanches. D'autre part, il semble que les antipyrétiques aient des propriétés antigéniques comme en témoignent en particulier les manifestations d'idiosyncrasie. Or deux antigènes différents agissant sur un même organisme peuvent entrer en concurrence de telle sorte que le second empêche la production d'anticorps contre le premier. Ce second antigène peut être représenté par un antipyrétique dont l'administration aura pour conséquence de modifier quantitativement et qualitativement les réactions de l'organisme à l'égard d'un excitant inflammatoire. Les faits de ce genre ont pu être expérimentalement constatés avec le pyramidon et la quinine.

Les recherches poursuivies par M. et M. contribuent d'ailleurs à élucider le mécanisme par lequel les antipyrétiques créent une « concurrence des antigènes ». En expérimentant sur des cornes utérines, on remarque que l'inhibition ne s'observe guère avec une concentration de pyramidon de 1 : 20.000 mais que, par contre, elle est marquée quand les cobayes ont été traités préalablement par un mélange de sérum de cheval et de pyramidon.

L'administration de pyramidon atténue la réaction anaphylactique chez le cobaye beaucoup plus énergiquement quand cet animal a été préalablement traité par le pyramidon. Cette modification dans la réaction permet de conclure à l'existence d'une sensibilisation à l'égard du pyramidon, c'est-à-dire d'une concurrence des antigènes. En utilisant dans l'expérience de Schultz-Dale des cornes utérines de cobaye préalablement sensibilisé pour le pyramidon, puis tué par injections de pyramidon, on est arrivé ainsi à constater une inhibition nette.

Des expériences du même genre ont été reprises avec de l'atophane sodique et on a constaté également des inhibitions nettes, quoique moins frappantes. Avec un produit de désintégration de l'atophane, l'oxyatophane, les effets ont été nuls.

Ces recherches ont montré que, grâce à leurs propriétés antigéniques, les antipyrétiques sont indiscutablement capables d'atténuer les phénomènes allergiques. Il semble donc qu'en thérapeutique, on doive s'attaquer aux états inflammatoires par des médicaments de ce genre. Mais en cas d'inflammation chronique, ou de réaction allergique faible, il n'y a pas à attendre un grand résultat et il est même possible que l'action de l'antipyrétique ne soit pas désirable.

P.-E. Morhardt.

Alexander Rottmann. ***La thérapeutique des phénomènes d'irritation sensible du tabes dorsal par la toxine de cobra*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 30, 24 Juillet 1937, p. 1051-1056). — Les travaux modernes paraissent avoir montré, dans l'ensemble, que les phénomènes d'irritation sensible du tabès ont pour origine des proliférations granuleuses et non évolutives. D'ailleurs, les cas de tabès pauvres en symptômes sont précisément ceux qui souffrent le plus de symptômes d'irritation sensible, symptômes qui sont également observés dans les cas de tabes rendus stationnaires par le traitement.

Par ailleurs, le venin de cobra provoque dans le carcinome de la souris des processus de régression et une série de travaux a confirmé que bien des productions granuleuses peuvent disparaître sous l'influence de ce corps.

Au cours de tentatives thérapeutiques faites d'abord avec les produits français sur un nombre élevé de tabétiques, R. a fait des constatations intéressantes. Pour éviter les phénomènes d'intoxication susceptibles de survenir avec les fortes doses nécessaires (nausées, céphalées, obnubilation, sueurs profuses), il faut commencer avec 8 à 12 unités souris chez les femmes débiles et avec 16 unités souris chez les hommes. Ces injections doivent être renouvelées à trois reprises à 1 ou 2 jours d'intervalle. Si les douleurs diminuent, on en restera à cette dose qui sera renouvelée quotidiennement. Dans les autres cas, on pourra, à chaque injection, augmenter la dose de 4 unités souris, jusqu'aux premiers signes d'intoxication chronique (température subfébrile, sueur profuse, etc.). En cas d'intoxication, d'insomnie, d'épistaxis, on interrompra les injections et on administrera du chlorure de calcium et du pyramidon. Dans les cas très sévères de douleurs lancinantes et de crises gastriques, on commencera le médicament par des doses de 20 unités souris associées à un analgésique n'appartenant pas au groupe de l'antipyrine.

Dans leur ensemble, les symptômes d'intoxication observés pourraient relever des centres végétatifs supérieurs du voisinage du 3e ventricule. Il doit exister des relations étroites entre ce syndrome végétatif et l'activité thérapeutique du médicament qui agit, non pas d'une façon directement analgésique, mais en modifiant les granulations syphilitiques, cause de la douleur. Ces considérations sont confirmées par le fait que dans la méralgie paresthésique, dans les névrites fémorales, dans les douleurs d'amputation, dans le zona, etc., le venin de cobra s'est montré inefficace ou a même aggravé les douleurs.

P.-E. Morhardt.

E. Fischer et **H. Kaiserling.** ***Recherches expérimentales sur la signification du système des vaisseaux lymphatiques dans les phénomènes allergiques*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 33, 14 Août 1937, p. 1143-1146). — Jusqu'ici les réactions allergiques des tissus n'ont été mises en évidence qu'après introduction de l'antigène dans les vaisseaux sanguins, dans les cavités séreuses ou dans le parenchyme organique. Cependant, le système lymphatique qui s'étend à tous les organes joue certainement un rôle à cet égard et on doit le faire figurer dans le domaine des investigations consacré à l'étude expérimentale de l'allergie. Pour beaucoup d'organes, on arrive en effet à introduire l'antigène isolément dans les vaisseaux lymphatiques et à provoquer ainsi avec l'anticorps des réactions locales ou propagées sévères. L'examen histologique de l'appendice montre parfois l'existence d'une lymphadénite mésentérique qui, tout d'abord, n'est pas remarquée mais qui, à un examen plus approfondi, se révèle par l'existence d'altérations très fines et notamment de phénomènes inflammatoires légers, intéressant les capillaires lymphatiques. Ces lésions s'étendent par voie lymphatique, alors que dans l'appendicite ordinaire, il se produit une thrombose des voies lymphatiques qui localise les lésions.

Au cours de recherches récentes, F. et K. ont réussi, en administrant des antigènes spécifiques, à partir de certaines aires lymphatiques, à déterminer expérimentalement des processus pathologiques très analogues à ce qui s'observe chez l'homme. Quand un antigène stérile est ainsi appliqué, chez un animal très fortement sensibilisé, aux voies lymphatiques efférentes de la vésicule biliaire, il apparaît toutes les formes inflammatoires de la cholécystite. A cela viennent s'ajouter, par voie lymphatique, des phénomènes inflammatoires intéressant les lymphatiques pancréatiques, puis la capsule hépatique, les vaisseaux lymphatiques rétrosternaux, les ganglions lymphatiques thoraciques, le péricarde, la plèvre, le médiastin, ainsi que les vaisseaux lymphatiques cervicaux et les organes qui en dépendent.

Dans certains cas, il a été constaté des processus de périartérite lymphogène. Des thromboses peuvent également avoir une origine semblable. Ainsi, la métastase de l'antigène et la diffusion de l'inflammation allergique-hyperergique par voie lymphatique peuvent se faire d'une façon plus ou moins régulière et, à côté des formes purulentes ordinaires, on doit admettre l'existence des formes inflammatoires empruntant les vaisseaux lymphatiques, notamment en ce qui concerne l'appendicite.

P.-E. Morhardt.

DEUTSCHE ZEITSCHRIFT für CHIRURGIE (Berlin)

Werner Brunner (Zürich). ***Pathogénie de la pancréatite et résistance à l'infection dans la maladie de Cushing*** (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. **249**, fascicules 3-4, Juillet 1937, p. 188-198). — Comme chacun sait *la maladie de Cushing* est caractérisée par : une adiposité, d'installation rapide, au niveau du visage et du tronc, apparaissant entre la sixième et la vingt-cinquième année, en même temps que se manifeste une diminution de la tolérance aux hydrates de carbone ; une dystrophie des organes sexuels qui se manifeste chez l'enfant par la précocité, chez la femme par l'aménorrhée, chez l'homme par l'impuissance ; une ostéoporose, habituellement généralisée, mais affectant plus particulièrement les vertèbres, qui prennent l'aspect des vertèbres des poissons, et se traduisant par une cyphose douloureuse ; des modifications de la peau et du système pilaire, vergetures rosées au niveau du tronc, acrocyanose, sécheresse anormale de la peau, hypertrichose de la face et du tronc chez les femmes et chez les hommes avant la puberté, hypotrichose chez les hommes adultes ; hypertension avec tendance à la polyglobulie, modifications dans l'appa-


MALADIES INFECTIEUSES
1 à 4 Ampoules par jour de
Lantol
Rhodium colloïdal électrique
GRIPPES
Septicémies
Pneumonies
Typhoïdes
Paludisme
Etc.
Laboratoires COUTURIEUX, 18, Avenue Hoche, PARIS



reil cardio-vasculaire et dans le fonctionnement des reins ; phase terminale de faiblesse extrême — la mort est fatale de cinq à sept ans après le début de la maladie.

La lésion originelle de ce curieux syndrome à évolution fatale est un adénome à cellules basophiles de l'hypophyse.

B. relate l'observation suivante : une femme de 27 ans est atteinte depuis l'âge de 17 ans d'un syndrome typique de Cushing. Elle est opérée avec le diagnostic de péritonite aiguë diuffuse; après vérification de l'intégrité de l'appendice, on constate l'existence d'une pancréatite aiguë suppurée, avec rupture intrapéritonéale et cytostéatonécrose. Mort le douzième jour. L'autopsie confirme la lésion pancréatique suppurée, la péritonite aiguë diffuse et montre, en outre de la forme spéciale des vertèbres avec dégénérescence graisseuse de leur moelle et une lithiase biliaire, l'adénome basophile de l'hypophyse. B. conclut de cette observation que la maladie de Cushing entrave les réactions naturelles de l'organisme vis-à-vis de l'infection.

P. Wilmoth.

ARCHIVES of INTERNAL MEDICINE (Chicago)

L. Foshay. *La cause de la mort dans la tularémie* (*Archives of internal Medicine*, t. **60**, nº 1, Juillet 1937, p. 22-39). — La principale cause de la mort dans la tularémie est la septicémie due à *B. tularense*. On rencontre des lésions de pneumonie dans près de la moitié des cas mortels. La plupart des cas de pneumonie mortelle découlent de la septicémie. La pneumonie qui a son origine dans la bactériémie initiale n'a pas une évolution fatale, à moins que la septicémie ne survienne. 70 pour 100 des cas de pneumonie au moins ne se terminent pas par la mort. Chez un petit nombre de malades, la bactériémie primitive est une septicémie dès le début et amène une issue fatale rapide en 4 à 10 jours. Ces sujets ne semblent présenter aucune résistance naturelle à l'infection. La septicémie, qui cause la majorité des décès, a son origine dans une seconde invasion du torrent circulatoire. La septicémie tularémique avec ses nécroses miliaires consécutives peut être généralisée ou se limiter à la circulation pulmonaire ou à celle d'un appareil. Elle rappelle à cet égard la tuberculose miliaire.

Les signes majeurs de la septicémie sont l'augmentation rapide et progressive du foie et de la rate, accompagnée parfois d'ictère croissant, une fièvre élevée et continue ou très fortement oscillante, les signes pulmonaires et généraux (hyperpnée et cyanose chaude), les symptômes d'atteinte cérébrale ou méningée, la diarrhée, le tympanisme, les signes de néphrite aiguë hémorragique ou de néphrose intense, la participation progressive de la plèvre, du péricarde et du péritoine.

Le taux de la mortalité de la forme typhoïde est quatre fois plus élevé que celui des autres formes. La fréquence de la pneumonie dans cette forme est quatre fois plus grande que dans les autres.

La tularémie est surtout dangereuse pour les sujets antérieurement atteints d'affection coronarienne. La mort peut alors survenir par occlusion des coronaires ou par insuffisance aiguë du myocarde, soit précocement, soit tardivement. Les malades qui survivent peuvent souffrir de crises d'angine de poitrine, d'occlusion coronarienne ou de blocage cardiaque des mois ou des années après guérison de la tularémie.

Il est rare que des lésions tularémiques persistantes et progressives atteignant finalement des organes importants, soient tardivement la cause de la mort.

Le troisième septénaire est la période la plus dangereuse. La mort survient souvent le 16e jour. La maladie est caractérisée par une toxémie grave qui, par elle-même, ne semble que rarement causer la mort chez les sujets bien portants au moment où ils ont contracté la tularémie. Les personnes ayant dépassé 50 ans sont moins résistantes à l'infection.

Il semble que 4 décès sur 5 pourraient être évités grâce au sérum spécifique injecté précocement.

P.-L. Marie.

J. E. Riseman et M. G. Brown. *Traitement médical de l'angine de poitrine* (*Archives of internal Medicine*, t. **60**, nº 1, Juillet 1937, p. 100-119). — R. et B. ont étudié l'effet de 15 médicaments différents chez 26 angineux. Chaque médicament fut donné plusieurs fois par jour pendant une semaine au moins avant que l'on se prononçât sur le résultat. L'efficacité du traitement fut estimée d'après les méthodes cliniques usuelles et après avoir déterminé combien de travail, dans des conditions standardisées, pouvait être effectué avant que la douleur se produisît.

A en juger par l'appréciation personnelle du malade, la valeur de tous les médicaments fut à peu près la même. Des médicaments inertes (lactose, bicarbonate de soude) procurèrent autant d'amélioration subjective que d'autres.

L'épreuve de tolérance à l'exercice indiqua que les malades dont le traitement consistait en lactose, bicarbonate de soude, iodure de potassium ou extraits tissulaires, étaient incapables d'effectuer plus de travail qu'il était possible sans médication.

La trinitrine, donnée avant le travail, se montra capable de prévenir les crises et permit à bien des malades d'effectuer beaucoup plus de travail. Cet effet préventif fut souvent de durée relativement courte, mais les crises furent empêchées pendant plus d'une heure dans bien des cas. On put débarrasser ces patients complètement de leurs crises dans la vie journalière, en leur faisant prendre de la trinitrine toutes les heures. De faibles doses (1/10 de milligr.) sont pratiquement aussi efficaces que des doses plus fortes et causent moins de désagréments.

La moitié des malades bénéficièrent de l'aminophylline ou du sulfate de quinidine. L'aminophylline doit être donnée à la dose de 0 gr. 20 pour être efficace.

L'association théophylline-salicylate de calcium, le tétranitrate d'érythrol et le sulfate d'atropine se montrèrent souvent utiles, et parfois chez des malades réfractaires à l'aminophylline et à la quinidine. Les doses d'atropine nécessaires causèrent souvent des effets secondaires fâcheux.

Le sulfate de codéine et les barbituriques permirent rarement aux malades d'effectuer plus de travail avant que la douleur se produisît, mais ces sédatifs constituent des adjuvants utiles.

Rarement le nitrite de sodium et les petites doses de dinitrophénol se montrèrent efficaces. Le dinitrophénol a des effets secondaires fâcheux, même à petites doses.

La digitale n'a guère de valeur et cause souvent une augmentation frappante des crises angineuses.

P.-L. Marie.

THE JOURNAL of the AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (Chicago)

De Witt Dominick. *La chorioméningite lymphocytaire* (*The Journal of the American medical Association*, vol. **109**, nº 4, 24 Juillet 1937, p. 247-250). — Scott et Rivers ont, en 1936, isolé du groupe peu exploré des méningites lymphocytaires une affection spécifique à virus filtrant qu'ils ont appelée « chorio-méningite lymphocytaire ». Il s'agit d'une maladie bénigne, aboutissant à la guérison dans près de 100 pour 100 des cas; le virus pathogène peut être souvent décelé dans le liquide céphalo-rachidien jusqu'au dixième jour, et le diagnostic peut être fait rétrospectivement, car il apparaît des anticorps dans le sérum du malade à partir de la sixième semaine.

Les auteurs ont trouvé ces antitoxines dans le sérum de 2 malades atteints de méningite lymphocytaire. Chez une troisième malade, qui ne se distinguait en rien des deux autres cliniquement, ces antitoxines étaient absentes.

P. Rivoire.

G. Williams et R. Nomland. *L'hormone gonadotrope dans le traitement de l'acné* (*The Journal of the American medical Association*, vol. **109**, nº 8, 21 Août 1937, p. 564-566). — Un certain nombre d'expérimentateurs ayant publié des résultats favorables d'un traitement par l'hormone gonadotrope gravidique dans l'acné, W. et N. ont vérifié l'efficacité de cette thérapeutique en traitant une trentaine de malades par des soins locaux et par l'hormone, tandis qu'un nombre égal recevaient seulement le traitement cosmétique. Dans l'ensemble, les résultats ont été sensiblement analogues dans les deux groupes, avec cependant 7 pour 100 de résultats favorables en plus dans le groupe des malades traités par le prolan. Il ne semble donc pas que l'efficacité de cette thérapeutique soit très nette.

R. Rivoire.

W. Wright, J. Bozicevich et S. Gordon. *Etudes sur l'oxyuriase. V: Traitement par des doses uniques de tétrachloréthylène* (*The Journal of the American medical Association*, vol. **109**, nº 8, 21 Août 1937, p. 570-573). — W., B. et G. ont administré une dose unique de 0 cmc 1 par année d'âge, par voie buccale, à 47 enfants atteints d'oxyuriase. Ce traitement amena la guérison dans 47 pour 100 des cas, ce qui est une proportion très favorable en comparaison avec ce que l'on obtient avec les autres médicaments. Il semble donc que le tétrachloréthylène soit l'une des meilleures thérapeutiques de cette infestation particulièrement tenace. Cependant elle semble incapable de guérir les enfants profondément infestés.

R. Rivoire.

H. Jeghers. *L'intensité et la fréquence de la déficience en vitamine A chez les adultes: avec une note sur sa production expérimentale chez l'homme* (*The Journal of the American medical Association*, vol. **109**, nº 10, 4 Septembre 1937, p. 756-762). — J. a étudié la déficience en vitamine A à l'aide d'une méthode très contestable, consistant à dépister avec un photomètre spécial les degrés les plus légers d'héméralopie. D'après lui, parmi 162 étudiants en médecine de Boston, 35 pour 100 auraient une déficience en vitamine dépistable par le photomètre, et 12 pour 100 des symptômes cliniques de carence : impossibilité de se diriger la nuit, photophobie, peau sèche, conjonctives rêches, blépharite et hyperkératose folliculaire. Cette fréquence anormale de la déficience en facteur A chez les étudiants s'expliquerait, d'après J., par un régime alimentaire pas assez varié et l'ingestion d'aliments cuits trop longtemps. J., soumettant des sujets à un régime carencé en A, a observé en six jours l'apparition d'une héméralopie au photomètre.

R. Rivoire.

V. Vermooten. *Les calculs rénaux et leur possible relation avec le régime alimentaire* (*The Journal of the American medical Association*, vol **109**, nº 11, 11 Septembre 1937, p. 857-859). — V., médecin à Johanesburg, signale un fait intéressant pour l'étude de la lithiase rénale : les nègres de l'Afrique du Sud n'ont jamais de calculs du rein, puisqu'il n'a pu en trouver un seul

cas sur plus d'un million d'entrées dans les hôpitaux de l'Afrique du Sud, tandis que les blancs entrent à l'hôpital pour lithiase rénale une fois toutes les 450 admissions. Il était évidemment intéressant de rechercher la cause de cette extraordinaire immunité : pour V., elle résiderait dans le régime alimentaire des nègres, qui est riche en vitamine A et très pauvre en calcium.

R. Rivoire.

M. Ersner et **D. Myers**. ***Le traitement de la thrombose du sinus latéral sans ligature de la veine jugulaire interne*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **109**, n° 12, 18 Septembre 1937, p. 919-922). — Le traitement des phlébites et des thromboses du sinus latéral est l'une des questions les plus controversées de l'otologie. La plupart des auteurs se contentent de lier ou d'inciser la veine jugulaire interne, mais pour les auteurs de cet article, ce traitement n'empêche pas les métastases, les embolies et la septicémie. Pour eux, la seule thérapeutique chirurgicale doit être un drainage du sinus, la première place revenant au traitement médical, en particulier aux drogues du groupe para-amino-benzène sulfamide, qui ont transformé le pronostic de ces infections otologiques.

R. Rivoire.

G. Spurling, **F. Mayfield** et **J. Rogers**. ***L'hypertrophie des ligaments jaunes comme cause de douleurs dorsales basses*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **109**, n° 12, 18 Septembre 1937, p. 928-933. — L'hypertrophie des ligaments jaunes de la région lombaire basse se traduirait pour S., M. et R., par un ensemble de symptômes remarquablement fixes dont les plus caractéristiques sont la douleur dans le bas du dos avec des signes neurologiques de compression de la queue de cheval. Cette hypertrophie des ligaments serait la conséquence d'une infection subaiguë de cette région.

R. Rivoire.

THE LANCET
(Londres)

M. M. O. Barrie. ***La relation entre la vitamine E et le lobe antérieur de l'hypophyse*** (*The Lancet*, n° 5944, 31 Juillet 1937, p. 251-254). La vitamine E liposoluble décrite par Evans est nécessaire à la gestation chez la femelle et à la fertilité du rat mâle. Elle a été employée avec succès dans le traitement de l'avortement chez les porcs (Bay et Vogt, Muller, 1934), chez les vaches (Tutt, 1933) et chez l'homme (Currie, 1936).

Son mode d'action est inconnu et la nécessité de son rôle dans la gestation reste obscure.

D'autre part, on sait que le lobe antérieur de l'hypophyse exerce une influence sur la gestation. Firor (1933), Houssay (1935), Robson (1936) ont montré que l'hypophysectomie, durant la gestation, produisait l'avortement avec arrêt de la poussée de la lactation. Par contre, si on injecte de l'extrait de lobe antérieur, la gestation et la lactation continuent.

La similitude des effets de l'hypophysectomie et de la carence en vitamine E a fait envisager les rapports des deux phénomènes.

Les femelles de rats privées partiellement de vitamine E donnent des portées de rats qui grandissent lentement et ont souvent des paralysies flasques des membres. Chez 82 de ces jeunes rats, on trouva une hypoplasie de la thyroïde et dans 29 cas une dégénérescence du lobe antérieur de l'hypophyse, lésions qui rappellent en somme le nanisme hypophysaire.

Chez 23 femelles rendues stériles par une complète carence en vitamine E, on eut non seulement une hypoplasie de la thyroïde, mais encore une disparition des cellules acidophiles et basophiles du lobe antérieur de l'hypophyse.

En donnant une dose concentrée de vitamine E à ces animaux, les portées suivantes redeviennent normales.

André Plichet.

F. G. Young. ***Diabète expérimental permanent produit par des injections de lobe antérieur de l'hypophyse*** (*The Lancet*, n° 5946, 14 Août 1937, p. 372-374). — Jusqu'à présent, le diabète produit expérimentalement par des injections de lobe antérieur de l'hypophyse disparaissait deux ou trois jours après la fin des injections. Y., en se servant d'un extrait provenant du bœuf et préparé suivant la méthode de Sehokaert est arrivé à créer un diabète permanent chez deux chiens.

Le diabète permanent obtenu de cette manière diffère de celui des chiens dépancréatisés en ce sens que l'animal est capable de vivre sans insuline en excellent état et dans un cas sans perte de poids.

Le seul animal qui eût besoin d'insuline reçut 60 unités (4,4 unités par kilogr. d'animal) chaque jour, ce qui suffisait à faire disparaître le sucre des urines malgré un régime normal.

André Plichet.

Hardy Eagles, P. R. Evans, A. G. Timbrell Fisher et **J. D. Keith.** ***Un virus dans l'étiologie des maladies rhumatismales*** (*The Lancet*, n° 5947, 21 Août 1937, p. 421-429). — Depuis les travaux de Schlesinger, Signy et Amies, en 1935, il semble bien qu'on soit sur la voie de la découverte d'un virus rhumatismal. Par une centrifugation à très grande vitesse, ces auteurs sont arrivés à isoler, d'exsudats rhumatismaux, des corps en suspension morphologiquement semblables à ceux que l'on obtient dans les virus connus.

Le sérum des malades atteints de fièvre rhumatismale, de chorée, d'arthrite, agglutinent les corps en suspension correspondant à chaque maladie. L'agglutination croisée se montre dans tout ce groupe avec une régularité suffisante pour prouver des relations très proches entre ces maladies.

Cette agglutination se montre aux différents stades de la fièvre rhumatismale. Le nombre de sérums donnant cette agglutination est à peu près égal à celui des sérums ne donnant pas d'agglutination.

L'activité de l'infection ne gouverne pas seule l'agglutination. La présence de nodules sous-cutanés qui est considérée comme la preuve de l'infection généralisée ne marche pas de pair avec l'agglutination. Cependant l'on trouve une plus forte proportion d'agglutination positive lors des premières atteintes de la maladie que dans les rechutes. Il n'est pas possible toutefois par cette méthode de prévoir les rechutes.

La nature de cette agglutination n'est pas connue ; le caractère infectieux de ces corpuscules en suspension n'est pas prouvé, néanmoins ces recherches semblent orienter vers la possibilité d'un virus rhumatismal.

André Plichet.

GRUZLICA
(Varsovie)

Mme Marie Nizegorodcew. ***Recherches sur l'influence de l'antigène de Besredka et de la tuberculine sur la réaction de Biernacki*** (*Gruzlica*, t. **12**, n° 4, 1937, p. 274-294). — En se basant sur ses recherches expérimentales, Mme N. conclut que l'addition de l'ancienne tuberculine de Koch au sang citraté en vue de déterminer la sédimentation n'est pas une réaction spécifique, car, aussi bien les résultats uniformes d'inhibition obtenus avec la tuberculine que la différenciation de l'influence accélératrice et inhibitrice en comparaison avec le contrôle en bouillon se rencontrent chez les tuberculeux et chez les non-tuberculeux. On obtient également des résultats analogues avec le tissu splénique. Du point de vue pratique, N. suppose que la réaction de Biernacki avec addition de l'ancienne tuberculine peut donner certaines indications sur l'évolution du processus pathologique et sur le pouvoir de défense de l'organisme. Mais cette réaction, qui n'est pas spécifique, n'a pas une valeur absolue. De plus, en raison de sa sensibilité aux facteurs étrangers, elle demande à être pratiquée toujours dans des conditions rigoureusement identiques.

Fribourg-Blanc.

A. Krause. ***Pneumothorax compensateur et compensé*** (*Gruzlica*, t. **12**, n° 4, 1937, p. 316-325). — La bilatéralisation du processus tuberculeux pulmonaire est due principalement aux troubles respiratoires et aux perturbations qui en résultent dans la circulation lymphatique. Le pneumothorax unilatéral détermine ces troubles par la voie exclusivement mécanique et surtout en raison de la déficience de la circulation lymphatique au niveau du poumon controlatéral. Le facteur principal de la bilatéralisation dans le pneumothorax unilatéral, qui est constitué par la tension inspiratoire négative du côté opposé, peut être supprimé par la diminution de cette tension à l'aide de l'établissement d'un pneumothorax compensateur dans le poumon controlatéral, en obtenant un pneumothorax total dit compensé. Les indications principales de ce pneumothorax sont surtout justifiées dans les formes de tuberculose pulmonaire où la dissémination ne se fait pas par la voie sanguine ou lorsqu'il s'agit d'une dissémination unique sans bacillémie périodique ou continue. Il faut maintenir le pneumothorax unilatéral lorsque l'établissement du pneumothorax compensateur est impossible en raison des foyers d'infiltration primitifs isolés sans lésions controlatérales ou en présence de brides adhérentielles qui entravent la production d'une tension négative excessive.

Fribourg-Blanc.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA
(Stockholm)

S. K. Kallner. ***Le pronostic de la pleurésie exsudative*** (*Acta medica Scandinavica*, t. **92**, n° 6, 23 Août 1937, p. 549-584). — K. a examiné 690 cas de pleurésie exsudative « idiopathique » dont 85 pour 100 purent être réexaminés de un à vingt ans après la pleurésie. Parmi ceux-ci, 75 pour 100 subirent un examen radiologique durant la pleurésie.

On constate que, dans la majorité des cas, les symptômes de tuberculose manifeste se montrent dans les 5 ou 6 ans qui suivent la pleurésie. Avec une durée d'observation de 6 à 15 ans, on trouve une morbidité tuberculeuse de 27 pour 100; la proportion s'élève à 35 pour 100 pour la période 1915-1919, qui représente 16 à 20 années d'observation. Il semble probable que la morbidité totale consécutive à la pleurésie puisse être estimée à 39 pour 100, dont 22 pour 100 de cas terminés par la mort. Le pronostic est plus fâcheux quand il existe de la tuberculose dans la famille du patient.

Il semble que les individus en mauvais état de nutrition sont plus sujets à contracter une pleurésie. Le pronostic est plus favorable chez les personnes de poids normal ou supérieur à la normale que chez celles ayant un poids inférieur à la normale.

L'évacuation de l'exsudat ne semble pas avoir grande influence pour prévenir la tuberculose ultérieure. D'autre part, l'évacuation se montre très utile en diminuant la tendance du thorax à se rétrécir. L'injection d'air, à la suite de l'évacuation, n'a pas semblé prévenir la formation d'adhé-

rences ni rendre possible l'institution ultérieure d'un pneumothorax.

Les petits épanchements semblent comporter un meilleur pronostic que les épanchements moyens ou volumineux.

Le pronostic chez les malades de la classe pauvre est plus grave que chez les autres.

Il ne paraît guère que la cure sanatoriale ait une grande valeur pour prévenir l'apparition ultérieure des manifestations tuberculeuses, mais cette cure semble avoir été heureuse en diminuant le nombre des cas mortels. P.-L. MARIE.

P. Plum. ***Traitement de la dystrophie adiposo-génitale par l'hormone gonadotrope extraite de l'urine de femmes enceintes*** (*Acta medica Scandinavica*, t. **93**, n° 1-2, 7 Septembre 1937, p. 65-84). — P. a traité 5 cas de dystrophie adiposo-génitale, 2 cas de cryptorchidie et un cas d'obésité par l'hormone gonadotrope extraite de l'urine de femmes enceintes.

Le traitement de la dystrophie adiposo-génitale par l'hormone gonadotrope exclusivement a provoqué, en 5 à 8 semaines, un développement marqué des organes génitaux, mais s'est montré sans action sur le métabolisme ni sur la distribution de la graisse. En combinant ce traitement avec l'opothérapie thyroïdienne, on obtint une perte de poids accusée.

Chez un cryptorchide, qui ne présentait pas de signes de troubles endocriniens, ce traitement fut suivi d'un développement important des organes génitaux, mais les testicules n'étaient pas descendus après 2 mois de traitement. Chez un autre patient, atteint de cryptorchidie et d'obésité avec diminution du métabolisme basal, la descente des testicules fut obtenue au bout de 2 semaines.

Ce n'est que rarement qu'il se produisit une légère douleur à l'endroit de l'injection. Aucun autre effet fâcheux ne fut observé.

P.-L. MARIE.

J. Clausen, V. Clausen et **L. Hansen.** ***Recherches sur l'insuline associée au zinc*** (*Acta medica Scandinavica*, t. **93**, n° 1-2, 7 Septembre 1937, p. 150-168). — Scott et Fisher ont vu que la présence de zinc influence l'action de l'insuline. Ils avaient été conduits à étudier l'action du zinc parce que, dans la préparation de l'insuline cristallisée, le zinc cristallise avec l'insuline et que, normalement, des quantités notables de zinc se rencontrent dans le pancréas.

Les recherches de C., C. et H., effectuées sur 4 lapins, 4 sujets normaux et 16 diabétiques, montrent que l'addition de sulfate de zinc à l'insuline prolonge l'effet de cette dernière, si bien qu'il se manifeste plus lentement, mais dure plus longtemps. Cette prolongation est graduelle, s'accentuant avec l'augmentation de la concentration en zinc et elle est due à une absorption plus lente de la préparation d'insuline injectée. L'addition de zinc à l'insuline-protamine donne également une préparation douée d'un effet plus prolongé que l'insuline-protamine ordinaire.

P.-L. MARIE.

A. Gullbring et **N. Levin.** ***Importance du lavage gastrique pour la mise en évidence des bacilles tuberculeux chez l'adulte*** (*Acta medica Scandinavica*, t. **93**, n° 1-2, 7 Septembre 1937, p. 168-189). G. et L. ont examiné au moyen de la méthode du lavage gastrique (Meunier, Armand-Delille) avec culture et inoculation au cobaye 348 tuberculeux adultes chez lesquels il n'y avait pas d'expectoration ou qui se montraient dépourvus de bacilles avec les méthodes usuelles d'investigation employées jusque-là. Or 192 patients, soit 55 pour 100, présentèrent des bacilles. Ils ont vu que la probabilité de trouver des bacilles lors des infiltrations récentes s'accroît avec la grandeur de l'extension radiologique des altérations. De plus, il leur a été possible de prouver que, pratiquement, tous les malades porteurs de cavernes excrètent des bacilles, qu'il y ait ou non expectoration, que des bacilles puissent être démontrés ou non par les autres méthodes ; 94 pour 100 des cavitaires examinés présentaient des bacilles dans les lavages gastriques. G. et L. ont examiné avec un soin particulier les cas de « sclérose bénigne du sommet » qui, en raison de l'absence constante de bacilles et de leur aspect clinique et radiologique bénin, ont été désignés jadis sous le nom de tuberculose « fermée » ou guérie. Parmi ces malades, 34, soit 32 pour 100, avaient des bacilles dans leur lavage gastrique.

G. et L. discutent aussi la valeur du lavage gastrique de divers points de vue : du point de vue diagnostic différentiel, pour distinguer les processus pulmonaires non spécifiques des processus tuberculeux ; du point de vue thérapeutique, pour juger de l'effet et des indications de différentes sortes de collapsothérapie : du point de vue épidémiologique, pour dépister des sources récentes d'infection et pour aider à la lutte sociale antituberculeuse.

En raison des résultats assez surprenants obtenus avec cette méthode raffinée de diagnostic, G. et L. mettent en garde les médecins contre l'octroi de certificats indiquant l'absence d'infection tuberculeuse et considèrent que les anciennes appellations de tuberculose « ouverte » et « fermée » sont actuellement périmées. La mise en évidence de bacilles tuberculeux dans les affections pulmonaires tuberculeuses dépend matériellement de l'efficacité des méthodes employées pour démontrer le bacille. P.-L. MARIE.

HELVETICA MEDICA ACTA
(Bâle)

R. S. Mach et **E. Rutishauser.** ***Les ostéodystrophies rénales. Etude expérimentale et anatomoclinique des lésions osseuses au cours des néphrites*** (*Helvetica Medica Acta*, t. **4**, n° 4, Août 1937, p. 423-445). — La néphrite azotémique s'accompagne d'une « dysminéralisation » qui n'a pas encore reçu d'explication satisfaisante et qui n'est en tout cas pas due à une simple rétention, puisque certains ions augmentent, tandis que d'autres, comme le calcium, diminuent.

Certains faits ont d'ailleurs amené Volhard à considérer que la cause des phénomènes de ce genre doit être cherchée hors du rein et plus spécialement dans le squelette. Pour élucider ce problème, M. et R. ont procédé d'abord à une série d'expériences. Chez les chiens intoxiqués par le nitrate d'uranyle, il a été ainsi constaté une atrophie progressive et latente des os, c'est-à-dire une affection du genre de l'ostéite fibreuse de Recklinghausen. Au point de vue humoral on constata chez ces animaux de l'hypocalcémie, de l'hyperphosphatémie et de l'acidose.

D'autre part, chez 5 malades atteints de néphrite dont deux mercurielles, et dont le métabolisme a pu être examiné à plusieurs reprises, il a été constaté également une hypocalcémie marquée avec diminution de la réserve alcaline. Dans ces 5 cas dont l'autopsie a été faite, on a constaté des phénomènes très analogues à ce qui avait été constaté chez les animaux. L'examen du squelette a révélé, en effet, des lésions osseuses diffuses caractérisées par une ostéoclasie et une transformation fibreuse analogue à ce qui est observé dans la maladie de Recklinghausen.

Le syndrome biologique de ces ostéopathies est différent de ce qui s'observe dans l'ostéose parathyroïdienne où il y a d'ordinaire hypercalcémie associée à de l'hyperphosphatémie. Effectivement, M. et R. ont constaté aussi bien chez les animaux que chez leurs malades, de l'hypocalcémie et de l'hyperphosphatémie, en même temps que la diminution de la réserve alcaline avec abaissement du pH. Cette tendance à l'acidose, constatée dans toutes les ostéites d'origine exogène où elle a été recherchée, de même que dans les ostéites fibreuses endocriniennes, entraîne une augmentation de la fraction ionisée du calcium, fraction qui est éliminée en excès par les voies digestives et rénales. Cette déperdition calcique provoque un appel de sels tampons emmagasinés dans le squelette. Dans ces conditions l'ostéite fibreuse doit être considérée comme l'expression morphologique d'une déperdition calcique en milieu acide.

Toutes les actions pharmacodynamiques qui créent l'ostéite fibreuse, entraînent également une forte tendance à l'acidose. Dans ces conditions, on doit parler d'ostéites fibreuses ou d'ostéodystrophies fibreuses d'origines rénales, diabétiques, parathyroïdiennes, etc. P.-E. MORHARDT.

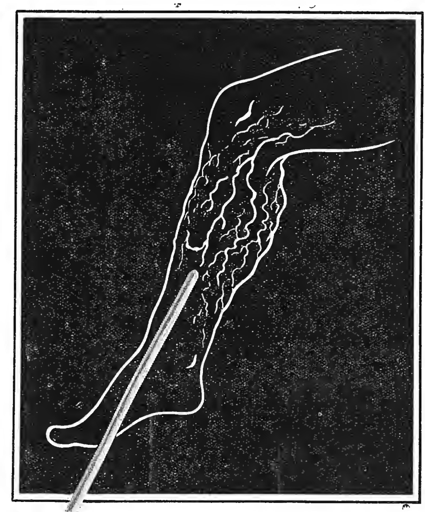
ZEITSCHRIFT für VITAMINFORSCHUNG
(Berne)

M. de Bruin et **J. Bouman.** ***L'action rachitigène des céréales*** (*Zeitschrift für Vitaminforschung*, t. **6**, n° 4, Octobre 1937, p. 295-309). — L'action rachitigène des céréales a déjà été mise en évidence par un certain nombre d'auteurs (Steenbock, Mellanby, Black et Thomas, Fine, György, etc.). Si quelques-uns ont admis que cette activité pathogène varie avec les diverses céréales, cette manière de voir a cependant été souvent contestée. B. et B. ont entrepris des investigations sur ce sujet en utilisant des rats dont le régime présentait un rapport Ca : P égal à 4 : 1 et qui était constitué soit par de l'avoine, soit par du riz. Les constatations faites sur 70 rats soumis au régime du riz et sur 62 rats soumis au régime d'avoine, montrèrent que le premier donnait lieu à un rachitisme moins marqué. Cette différence ne peut pas être expliquée par une différence dans la vitesse de croissance, vitesse qui, comme on le sait, favorise en général la production du rachitisme.

Avec des régimes dont le rapport Ca : P était rendu égal à 1 : 1 par adjonction soit de phosphate, soit de phytinate de sodium, il n'a pas été constaté de différence. Il ne semble donc pas que les proportions relatives des phosphates organiques expliquent les différences constatées dans le pouvoir rachitigène des céréales.

Les différences dans la teneur en magnésium ne peuvent pas non plus être invoquées, car si une dose de 5 gr. de magnésium par kilogr. d'aliments aggrave le rachitisme, par contre, 1 gr. de magnésium (teneur de l'avoine) est sans effet. Pour exclure la possibilité que la pauvreté de l'avoine en sodium intervient dans le pouvoir rachitigène, d'autres expériences ont été réalisées. Il en résulte que ni l'insuffisance, ni l'excès de sodium n'ont d'action sur le rachitisme. D'autre part, l'avoine et le riz traités pendant 48 heures par l'éther, c'est-à-dire débarrassés de la vitamine D que ces céréales pouvaient contenir, n'ont pas aggravé le rachitisme provoqué par le riz en regard de celui que provoque l'avoine

Quant au facteur anticalcifiant de Mellanby, il a été également recherché et on a ainsi constaté que l'avoine épuisée par l'eau, produit un rachitisme moins sévère que l'avoine non traitée, tandis qu'un extrait aqueux d'avoine favorise le rachitisme. P.-E. MORHARDT.





REVUE DES JOURNAUX

LE BULLETIN MÉDICAL
(Paris)

P. Lefèvre (Briançon) et **Ch. Gau** (Hauteville). ***Le pneumothorax extra-pleural médical*** (*Le Bulletin médical*, t. **51**, n° 38, 18 Septembre 1937, p. 615-619). — Depuis la découverte de Forlanini, on n'a cessé de chercher de nouveaux procédés de collapsothérapie. Le dernier en date est le pneumothorax extra-pleural. Il avait d'abord été réalisé chirurgicalement: après avoir pratiqué une brèche thoracique, généralement dans la région postéro-supérieure, par la résection d'un ou deux arcs costaux, le chirurgien décollait à la main le poumon de la paroi thoracique, en utilisant l'espace cellulaire, facilement dissociable, qui existe à la face externe de la plèvre pariétale. Rolla, de Turin, a pu obtenir le décollement du poumon par l'injection sous pression, dans l'espace extra-pleural, de liquide ou de gaz, avec des résultats encourageants.

A 3 malades, chez lesquels on avait fait auparavant des tentatives de pneumothorax, L. et G. ont appliqué cette méthode. Dans un premier cas, ce fut sans succès, les 20 et 30 cmc de sérum introduit n'ont pas amené de décollement net. Il y eut chaque fois un peu d'emphysème sous la peau et un accès de toux provoqué par la pénétration d'un peu de sérum dans le poumon.

Chez la deuxième malade, après l'injection, assez pénible, de 30 à 40 cmc sous forte pression, le décollement se fait et on peut le poursuivre en injectant 30 cmc d'air à une pression terminale de +14. Les réinsufflations sont faites également sous forte pression. Aucune n'a amené d'emphysème sous-cutané. Le poumon est refoulé, mais reste amarré à la paroi par des tractus celluleux. Au niveau du diaphragme, le poumon n'est pas décollé.

L'installation du troisième pneumothorax fut pénible, avec douleurs vives et gros emphysème sous-cutané. On réussit cependant à faire passer 50 cmc de sérum, puis 250 à 300 cmc de gaz. Dans les deux cas, les lésions ont été parfaitement décollées de la paroi et mises dans les meilleures conditions de guérison.

Le pneumothorax extra-pleural médical est moins complet et moins parfait que le chirurgical; il ne pourra pas s'adresser aux grosses lésions, dans lesquelles la sclérose péripleurale a gagné les tissus cellulaires sous-pleuraux.

L'expérience est encore trop récente pour qu'on puisse parler de résultats.

Robert Clément.

GAZETTE DES HOPITAUX
(Paris)

M. Courtois-Suffit. ***Le phosphorisme*** (*Gazette des Hôpitaux*, t. **110**, n° 74, 15 Septembre 1937, p. 1165-1168). — On décrivait autrefois comme ressortissant au phosphorisme professionnel l'entérite chronique avec diarrhée rebelle, la néphrite, la cystite, la bronchite, la fragilité des os et la nécrose des maxillaires.

Beaucoup d'ouvriers présentaient une dentition défectueuse. La meilleure prophylaxie fut l'extraction ou les soins de toutes les dents cariées, avant l'abandon définitif du phosphore blanc dans la fabrication des allumettes, qui supprima tout phosphorisme.

C'est par abus que l'on incrimine encore, 40 ans après la suppression totale du phosphore blanc, dans les manufactures d'allumettes de France, le phosphorisme dans la genèse ou l'aggravation des maladies survenues chez les ouvriers employés à la fabrication des allumettes.

Robert Clément.

PARIS MÉDICAL

Kopaczewski. ***Caractères et rôle de la salive*** (*Paris Médical*, t. 27, n° 35, 28 Août 1937, p. 141). Après avoir rappelé la physiologie et la composition chimique de la salive, K. montre qu'à côté de sa fonction favorisant la déglutition, de son pouvoir fermentatif, la salive « contribue au maintien de la stabilité et des caractères physiques de notre milieu humoral; de plus par son pouvoir régulateur électro-capillaire propre, elle présente une première barrière à l'infection ». Elle agit mécaniquement par sa mucine et elle a une « action bactéricide manifeste en s'opposant à toute modification propice au développement des germes pathogènes dans ce milieu de culture ». La salive par ses caractères capillaires: viscosité forte de la mucine non agitée et sa tension superficielle, par son pouvoir oxydo-réducteur, est impropre à la vie microbienne intense.

Ch. Ruppe.

D. Broun et **H. Shwab.** ***Insuline-zinc-gélatine et insuline-zinc-protamine. Etude expérimentale de leur action hypoglycémiante chez le lapin*** (*Paris-Médical*, t. 27, n° 38, 18 Septembre 1937, p. 212-215). — Les expériences étaient effectuées sur des lapins de 1.800 à 2.500 gr., à jeun depuis au moins 12 heures. Les prises de sang étaient pratiquées, avant l'injection d'insuline, 1/2 heure, 1, 2 3, 4, 5, 6, 7, 8 heures après. On injectait une unité d'insuline, à laquelle on avait ajouté 2 cmc de sérum gélatiné à 1 pour 100 et 0 milligr. 15 de zinc à l'état de chlorure de zinc. Comparativement, on injectait une unité du complexe protamine-zinc-insuline.

L'addition de petites quantités de sels de zinc, soit à l'insuline, soit à l'insuline-protamine, retarde et prolonge les effets hypoglycémiants chez le lapin.

Avec l'insuline associée à la protamine et au zinc, on constate les chiffres les plus bas 3 heures après le début de l'expérience et le retour à la normale se fait 5 heures après. L'association gélatine-zinc-insuline retarde encore davantage les effets hypoglycémiants. De même, les convulsions apparaissent plus tard avec ces mélanges qu'avec l'insuline seule.

La protamine ne semble donc pas jouer dans le complexe insuline-zinc-protamine un rôle spécifique puisqu'elle peut être remplacée par un protide plus simple comme la gélatine.

Robert Clément.

Robert Tiffeneau et **J.-J. Meyer.** ***Le traitement de la méningite cérébrospinale par le para-amino-phényl-sulfamide (1162 F ou sulfamide)*** (*Paris Médical*, t. 27, n° 38, 18 Septembre 1937, p. 215-219). — Expérimentalement, on a constaté chez la souris l'action protectrice du paraminophénylsulfamide contre l'infection méningococcique. Injecté en même temps, le sulfamide protège l'animal contre 1.000.000 de doses mortelles. 18 heures après l'inoculation septique, le traitement ne permet plus la survie des animaux. D'autres auteurs, étudiant les différentes substances de la série de la sulfamidochrysoïdine, ont obtenu les meilleurs résultats avec le disulfamide.

D'autres expériences chez le lapin signalent la présence des sulfamides dans le liquide céphalo-rachidien à une concentration un peu inférieure à celle du sang, mais dans les mêmes délais. La concentration est la même, que la substance ait été administrée par voie sous-cutanée ou par voie buccale. Il est donc inutile de recourir à la voie intra-rachidienne.

L'expérimentation clinique est récente et encore à ses débuts.

Le sulfamide, comme traitemen curatif, s'adresse à toutes les formes de méningites à méningocoque, plus spécialement à celles qui sont rebelles à la sérothérapie. La voie rachidienne ne paraît pas indispensable, pas plus que la voie sous-cutanée. La voie buccale est la meilleure. La dose initiale serait de 0 gr. 05 par kilogramme, soit 3 gr. pour un sujet de 60 kilogr. Puis, toutes les 6 heures, une demi-dose. Chez le nourrisson, on ne dépassera pas la dose quotidienne de 2 gr.

Cette mise au point de travaux étrangers et français ne comporte pas d'observations inédites.

Robert Clément.

LE PROGRÈS MÉDICAL
(Paris)

Blanchard. ***Le neurotropisme des maladies infectieuses tropicales*** (*Le Progrès médical*, an. **65**, n° 37, 11 Septembre 1937, p. 1281-1286). — Les polynévrites consécutives aux dysenteries bacillaires, et plus spécialement à celles à bacille de Shiga, sont beaucoup plus rares aux colonies que ne le disent les classiques; elles sont souvent difficiles à différencier des arthropathies dysentériques et de celles de la maladie du sérum.

L'existence de polynévrite due aux toxines microbiennes, résorbées au niveau des ulcérations coliques de la dysenterie amibienne, est douteuse.

On a observé à Dakar des polynévrites ascendantes, toujours mortelles, dues aux endotoxines du bacille pesteux, lysé par le bactériophage, employé au traitement de ces malades.

Les polynévrites, par neuro-anémie, de l'ankylostomose s'observent très rarement. Par contre, les polynévrites paludéennes éthyliques sont fréquentes. On rencontre souvent une étiologie extrêmement complexe dans laquelle on peut ranger également de nombreuses auto-intoxications avec insuffisance hépatique.

Le bacille de Hansen a un neurotropisme très particulier. L'atteinte des nerfs périphériques se traduit d'abord par des troubles sensitifs, puis par des amyotrophies, des troubles trophiques de la peau et des phanères.

Il faut faire une place importante à une toxi-infection tropicale qui atteint électivement le système nerveux périphérique, le béribéri, dont la polynévrite reste le signe capital, qu'il s'agisse de formes humides ou de formes sèches.

Les atteintes méningées des infections tropicales, telles que la pneumococcémie des noirs, la spirochétose ictéro-hémorragique, sont fréquentes. On a relaté une dizaine de cas de méningite pesteuse et quelques cas à bacille d'Eberth.

Dans le groupe des encéphalites, la fièvre jaune

tient de beaucoup la place la plus intéressante. Le neurotropisme du trypanosome de la maladie du sommeil est évident.

La répartition des lésions nerveuses se traduit par une grande diversité de formes: méningomyélite cérébrale, circonscrite ou diffuse, cérébelleuse, médullaire, à type de confusion mentale, etc.

Le spirochète de Dutton, des fièvres récurrentes à tiques possède un neurotropisme bien connu. La syphilis tropicale a une affinité spéciale pour le système nerveux; ses manifestations sont méningées, cérébrales, médullaires et polynévritiques.

ROBERT CLÉMENT.

ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE (Paris)

Nicolas et **Liberman.** ***Tableau capillaroscopique du chancre syphilitique primaire et du chancre mou*** (*Annales de dermatologie et de syphyligraphie*, t. **8**, n° 9, Septembre 1937, p. 700-711). — La méthode capillaroscopique, importante en dermatologie, permet d'étudier les plus fines constructions de la surface de la peau.

Elle permet en particulier de différencier un chancre syphilitique d'un chancre mou.

Dans le *chancre syphilitique*, le coloris général de la circonférence est d'une teinte fanée; la disposition des anses capillaires est verticale; le contour est tranché et donne l'aspect d'un sillon foncé; le ton du fond est rougeâtre; des hémorragies existent fréquemment dans les diverses zones de l'ulcère.

Dans le *chancre mou*, le coloris est vif; on note de nombreuses anses capillaires horizontales; le bord est indiqué par une raie de couleur rose blanchâtre; le ton du fond est brun jaunâtre; les hémorragies sont inconstantes.

R. BURNIER.

ANNALES DE MÉDECINE (Paris)

Robert Debré, Henri Bonnet et **S. Thieffry.** ***Toxine, antitoxine, anatoxine staphylococciques*** (*Annales de Médecine*, t. **42**, n° 3, Octobre 1937, p. 252-314). — Dans ce très important mémoire, à la lumière notamment de leur expérience personnelle, D., B. et T. font une mise au point de la question. Ils envisagent successivement: les propriétés principales de la toxine, de l'anatoxine, du sérum; les recherches expérimentales et l'immunité antistaphylococcique; les essais thérapeutiques et leurs résultats.

Certains staphylocoques peuvent fournir, par culture *in vitro*, une toxine vraie, parfaitement définie dans ses propriétés fondamentales. Seuls, des essais multiples permettent de recueillir une souche toxigène, car rien ne peut faire prévoir *a priori* les qualités d'un germe. D., B. et T. ont utilisé avec profit le milieu déjà employé pour la production de la toxine diphtérique, en insistant sur l'importance d'une culture en atmosphère de CO^2 (F.-M. Burnet, de Melbourne).

Toutes les toxines produites ont trois qualités essentielles: *pouvoir hémolytique, dermonécrotique, léthal.* Ces qualités marchent de pair pour une toxine donnée, mais sont éminemment variables suivant les échantillons étudiés. Elles s'atténuent ou disparaissent parallèlement quand on fait agir sur la toxine divers agents physiques ou chimiques. Les propriétés hémolytique et nécrotique ne paraissent que les manifestations particulières d'un même « principe lytique », contenu dans la toxine. Il est probable que toutes les cellules de l'organisme peuvent être altérées par la toxine staphylococcique; la cellule nerveuse est particulièrement sensible.

L'action combinée du formol et de la chaleur transforme la toxine en un corps nouveau: l'*anatoxine staphylococcique*, qui jouit de toutes les propriétés des anatoxines de G. Ramon. L'anatoxine, en particulier, a perdu tout pouvoir toxique et gardé presque intact le pouvoir antigène de la toxine qui lui a donné naissance.

L'injection au cheval d'anatoxine ou de toxine staphylococcique fait apparaître dans le sérum l'anatoxine spécifique. On peut préparer ainsi un sérum antitoxique staphylococcique, qui neutralise *in vitro*, proportionnellement, parallèlement, simultanément les propriétés de la toxine staphylococcique.

Le phénomène de floculation, tel qu'il a été décrit par M. G. Ramon en 1922, à propos de la diphtérie, se retrouve, avec tous ses caractères, dans les mélanges en proportions convenables de toxine (ou d'anatoxine) et de sérum staphylococciques. Ici, comme pour la diphtérie, l'apparition du phénomène de floculation initiale se fait dans le mélange où toxine et antitoxine se sont mutuellement saturées; d'où un procédé de titrage extrêmement précis d'une toxine ou d'un sérum.

Dans les staphylococcies cutanées, D., B. et T. estiment à 70 pour 100 le pourcentage des guérisons définitives et stables, après traitement par l'anatoxine. Dans 30 pour 100 des cas ce traitement est inefficace.

Par contre, l'action de l'anatoxine paraît nulle dans l'ostéomyélite confirmée. Le sérum mérite d'être essayé à la phase initiale de l'ostéomyélite. Sans influer sur l'évolution ultérieure des accidents osseux, la sérothérapie peut modifier heureusement l'état général pendant les premiers moments de la maladie.

Des observations de guérison de septicémies après sérothérapie et vaccination ont été rapportées. Malgré ces résultats encourageants, D., B. et T. ne croient pas que le pronostic grave des septicémies à staphylocoques ait été, dans l'ensemble et jusqu'ici, modifié sensiblement par cette nouvelle thérapeutique.

La thérapeutique par l'anatoxine mérite d'être essayée devant toute affection *sérieuse* relevant du staphylocoque.

Il faut être prévenu de la possibilité d'accidents généraux, locaux, focaux, qui peuvent être ennuyeux et même sévères. Ces accidents, qui relèvent d'une sensibilité individuelle et imprévisible vis-à-vis des protéines microbiennes, ne peuvent être évités qu'en recourant systématiquement à l'injection préalable intradermique de 1/10 cmc d'anatoxine. Si cette petite dose entraîne des réactions notables, mieux vaut ne pas recourir à l'anatoxithérapie.

Le traitement consiste en injections sous-cutanées à doses progressivement croissantes de l'anatoxine, en laissant le plus souvent un intervalle de sept jours entre 2 injections. Il semble avantageux, d'après les expériences de Ramon, de rapprocher les injections.

D. B. et T. pensent que le principe de la guérison réside dans une immunité antitoxique. Les injections d'anatoxine produisent une élévation du pouvoir antitoxique du sérum. Toutefois, il n'y a pas parallélisme absolu entre la qualité de la guérison et l'acquisition d'une immunité humorale antitoxique.

L'immunité antitoxique latente, occulte, est fréquente chez l'homme et différentes espèces animales. Mais D., B. et T. n'ont pu vérifier que la maladie staphylococcique ancienne ou récente, bénigne ou grave, aiguë ou chronique, modifiât, de façon appréciable, l'immunité antitoxique humorale.

Au cours des maladies staphylococciques, la réaction de déviation du complément existe fréquemment, mais essentiellement vis-à-vis de l'antigène *toxique*. De plus, l'injection d'anatoxine fait apparaître dans le sérum des sensibilisatrices, non seulement vis-à-vis de l'antigène toxique, mais encore de l'antigène microbien.

L'intradermo-réaction au filtrat staphylococcique a une signification complexe et doit être considérée comme une réaction d'allergie vis-à-vis des protéines microbiennes.

Chez l'animal d'expérience, l'immunité *antitoxique* déterminée, soit par l'injection de sérum, soit par une vaccination à l'anatoxine, donne une protection *antimicrobienne*.

L. RIVET.

G. Ramon. ***L'anatoxine diphtérique et la prophylaxie de la diphtérie*** (*Annales de Médecine*, t. **42**, n° 3, Octobre 1937, p. 314-358). — R. fait une intéressante mise au point de la question de l'anatoxine diphtérique dont il est le père et dont la valeur n'est plus à démontrer pour tous ceux qui l'appliquent dans des collectivités.

L'anatoxine diphtérique, découverte en 1923, grâce à l'étude du phénomène de floculation et, depuis, obtenue pratiquement par l'action combinée du formol et de la chaleur, sur la toxine spécifique, constitue un vaccin inoffensif stable, irréversible, doué d'un pouvoir antigène facilement appréciable *in vitro* (à l'aide de la réaction de floculation) et capable de provoquer chez l'homme l'apparition et le développement d'une immunité active, solide et durable.

Les résultats acquis depuis 1923, dans tous les pays et en France en premier lieu, chez des millions et des millions d'individus, ont consacré l'efficacité de la vaccination au moyen de l'anatoxine diphtérique, efficacité que des progrès réalisés au laboratoire rendent de plus en plus grande.

Ils ont affirmé l'exactitude des principes qui ont présidé à l'élaboration, à la mise au point de cette méthode d'immunisation et qui, dans la suite, ont servi de guides pour les perfectionnements qui lui ont été apportés.

Ils entraînent la conviction de voir disparaître la diphtérie par la pratique systématique et, mieux encore, obligatoire, de cette méthode de prophylaxie qui déjà, à l'heure actuelle, partout où elle a été correctement et judicieusement mise en œuvre, a permis une réduction le plus souvent considérable de la morbidité et de la mortalité dues à la diphtérie, maladie épidémique.

Des essais en cours montrent d'ailleurs que l'anatoxine diphtérique peut être utilisée concurremment avec la sérothérapie spécifique, et cela avec de grands avantages, dans le traitement de la diphtérie en évolution. C'est la séroanatoxithérapie.

L. RIVET.

G. Ramon. ***Les vaccinations associées*** (*Annales de Médecine*, t. **42**, n° 3, Octobre 1937, p. 381-407). — La découverte des anatoxines a mis entre nos mains une série de nouvelles méthodes de thérapie préventive contre des maladies redoutables et qui sont venues s'ajouter aux vaccinations déjà employées. L'application méthodique de ces vaccinations est éminemment désirable, notamment dans les collectivités, mais comme chacune nécessite plusieurs piqûres, il en résulterait une complexité rendant difficile leur application en pratique courante. Aussi, avec Chr. Zoeller, R. s'est-il appliqué à réaliser les vaccinations associées, en associant plusieurs anatoxines entre elles ou avec les vaccins antimicrobiens anciens, tels que le vaccin antityphoparatyphoïdique. Cette méthode est des plus avantageuses, non seulement à cause de ses commodités d'application pratique, mais encore en raison de l'efficacité accrue des immunités antitoxiques qu'elle est capable de conférer. R. en fournit une excellente étude, notamment en ce qui concerne l'association triple anatoxine diphtérique, anatoxine tétanique et vaccin antityphoparatyphoïdique, dès maintenant largement appliquée dans l'armée (3 injections de chacune 2 cmc de vaccin

mixte à trois semaines d'intervalle, avec, de préférence, une injection de rappel de 2 cmc un an après, ou à l'occasion d'une épidémie ou d'un traumatisme susceptible d'engendrer le tétanos).

L. Rivet.

ANNALES MÉDICO-CHIRURGICALES (Paris)

P. Carnot et **P. Rambert.** ***La recherche du facteur anti-pernicieux dans le suc gastrique*** (*Annales médico-chirurgicales*, t. **2**, n° 7, Juillet-Août 1937, p. 163-166). — Dans les achylies, l'anémie est loin d'être constante, elle n'apparaît parfois qu'après une longue évolution; elle ne prend le type pernicieux que dans un petit nombre de cas. Par contre, la maladie de Biermer présente à peu près constamment de l'achylie; on ne connaît qu'une dizaine de cas authentiques avec conservation de l'acidité gastrique. Il existerait, en outre, une anémie achylique essentielle, microcytique et hypochrome, dont le tableau clinique et l'aspect gastroscopique seraient identiques à la maladie de Biermer.

La sécrétion du facteur antipernicieux paraît être indépendante de la chlorhydrie. Il y a donc intérêt à la rechercher directement plutôt que l'acidité chlorhydrique ou la richesse en pepsine du suc gastrique.

La recherche du principe antipernicieux ou antianémique par l'étude de la réaction réticulocytaire du rat blanc, auquel on a injecté du suc gastrique, est aisément réalisable et apportera une importante contribution au problème des achylies. P. et R. ont trouvé une réaction réticulocytaire négative avec le suc gastrique de 6 sujets atteints de maladie de Biermer et une réaction positive dans 5 cas d'achylie en dehors de cette maladie.

L'absence de facteur antipernicieux dans le suc gastrique permettrait un diagnostic précoce de l'anémie pernicieuse avant l'apparition des stigmates sanguins: cette hypothèse n'a pas encore reçu confirmation.

On peut espérer que grâce à des perfectionnements techniques, comme la concentration préalable du suc gastrique, par exemple, on pourra faire un dosage quantitatif du facteur antianémique dans le suc gastrique et porter ainsi un pronostic plus précis.

Robert Clément.

Paul Ducas. ***L'anémie gravissime fébrile aiguë, maladie de Lederer-Brill*** (*Annales médico-chirurgicales*, t. **2**, n° 7, Juillet-Août 1937, p. 180-186). — Les travaux de Brill et de Lederer ont isolé un nouveau type d'anémie grave aiguë. Ses principales caractéristiques sont: l'apparition brutale chez des sujets sans aucun passé pathologique, son évolution grave en quelques jours, avec des troubles digestifs importants et un état fébrile, la réponse remarquable aux transfusions sanguines qui suffisent à en assurer la guérison.

Cependant, dans quelques observations, la soudaineté du début n'est qu'apparente et l'interrogatoire montre que l'anémie grave a été précédée d'une période plus ou moins longue de manifestations qui font penser à une maladie infectieuse, fièvre, troubles digestifs, subictère, anémie progressive, etc.

Cette anémie est souvent très proche des formes aiguës anormales de certaines anémies pernicieuses ou de certains états agranulocytaires ou aleucieques. La séparation de certains cas est également difficile avec des formes un peu particulières de la maladie hémolytique ou d'hémopathies d'autre nature.

En dehors de ces réserves, D. pense que les observations typiques de l'anémie fébrile aiguë correspondent, suivant la conception primitive de Brill, à une entité à part, maladie nouvelle qu'il faudrait distraire du cadre encore mal précis des anémies graves aiguës.

Robert Clément.

ARCHIVES DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF ET DES MALADIES DE LA NUTRITION (Paris)

J. Baumel (Montpellier). ***L'amibiase intestinale chronique*** (*Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition*, t. **27**, n° 8, Octobre 1937, p. 833-864). — L'amibiase évoque à tort l'idée de diarrhée et de syndrome dysentérique; mais il y a des syndromes dysentériques en dehors de l'amibiase, et il y a des amibiases sans syndrome dysentérique. Cette erreur conduit à ne traiter efficacement que l'épisode *aigu*, en négligeant l'évolution latente ou chronique, ce qui est le meilleur moyen d'assister à des récidives qui ne sont pas de nouvelles infections, mais une simple réactivation de la primo-infection. Or comme le syphilitique, l'amibien reste amibien toute sa vie et exposé à des réveils fâcheux de son infection.

On observe ainsi des malades à l'occasion de ces réveils aigus qui ne sont pas toujours rapportés à leur véritable cause, ou bien à l'occasion de troubles intestinaux qui ne rappellent en rien le syndrome aigu ancien passé inaperçu ou même oublié; ce peuvent être enfin des troubles dyspeptiques, gastriques ou même hépatiques; des formes appendiculaire, cardiaque, cérébrale et pseudo-cancéreuse. En résumé pas de symptomatologie pathognomonique.

L'examen rectoscopique de plus de 1.500 malades permet de déceler une vascularisation très marquée à la partie inférieure du rectum, soit des lésions plus marquées de la muqueuse, pouvant aller jusqu'aux ulcérations et en imposer parfois pour des cancers.

Des données de contrôle consistent dans l'examen des selles, examen répété pendant 7 jours consécutifs et qui peut rester négatif; l'examen radiologique ne fournit guère d'image caractéristique; par contre les anamnestiques ont une importance considérable; et enfin l'épreuve du traitement peut être démonstrative et entraîner l'évidence. Ce traitement comportera un traitement de base et selon les indications des médications adjuvantes et une diététique rigoureuse.

J. Okinczyc.

ARCHIVES DES MALADIES DU CŒUR DES VAISSEAUX ET DU SANG (Paris)

E. Donzelot et **B. Ménétrel.** ***La surrénalectomie dans les hypertensions artérielles*** (*Archives des maladies du cœur et des vaisseaux*, année **30**, n° 8, Août 1937, p. 553-562). — D. et M. relatent deux observations personnelles.

Dans l'une, l'opération pratiquée dans un état très grave, avec des signes incontestables d'une déficience rénale marquée, fut suivie d'un insuccès total. Tout porte à penser que la grande hypertension artérielle permanente, parvenue au stade avancé des complications cardio-vasculo-rénales, est au-dessus des possibilités chirurgicales actuelles.

Dans l'autre observation, il s'agissait d'une hypertension artérielle franchement paroxystique, qui devait faire penser à un surrénalome. On fit une première surrénalectomie partielle, puis une seconde de l'autre côté. Encore qu'on n'ait pas trouvé de tumeur, il y eut une amélioration considérable, mais transitoire, pendant quatre mois environ.

La surrénalectomie n'agit donc guère que sur l'élément paroxystique de l'hypertension artérielle. Quand le paroxysme est tout, comme dans le surrénalome hypertensif, l'intervention amène la guérison complète. Quand le paroxysme n'est que surajouté sur un fond d'hypertension, le succès de la surrénalectomie est proportionné à l'importance de cet élément paroxystique et ce succès ne saurait être considéré comme définitif.

La surrénalectomie partielle bilatérale semble l'opération la plus rationnelle contre les paroxysmes hypertensifs. Il est, en effet, très difficile d'affirmer cliniquement l'existence d'un paragangliome. Si la surrénale gauche, sur laquelle on intervient généralement d'abord, se montre normale, rien ne prouve que la droite n'est pas le siège d'une tumeur. Il faut donc explorer les deux glandes (et même l'ensemble des formations chromaffiniennes), et, dans ces conditions, on est logiquement conduit à adopter la surrénalectomie partielle bilatérale.

L. Rivet.

ARCHIVES MÉDICO-CHIRURGICALES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE (Paris)

F. Parodi (Côme). ***Pressions endopleurales et circulation pulmonaire*** (*Archives médico-chirurgicales de l'appareil respiratoire*, t. **12**, n° 3, 1937, p. 186-199). — Si l'on mesure la température dans la cavité pleurale normale au moyen de pinces thermo-électriques, on constate qu'il n'existe pas de différence de température entre l'inspiration et l'expiration, ce qui s'explique en admettant que la rapidité circulatoire moyenne ne varie pas dans le poumon pendant les actes respiratoires.

Au cours du pneumothorax, la circulation pulmonaire est influencée par les facteurs mécaniques de la sollicitation élastique du tissu, mais ces facteurs ne représentent qu'une partie des éléments qui interviennent dans la détermination des pressions dans la cavité pleurale. Une pression positive dans la cavité pleurale ne prouve pas que le poumon est comprimé, car il existe des poumons qui ne peuvent pas atteindre le maximum de la rétraction dont leur tissu est capable sans une pression positive déterminée.

Plus qu'à la pression dans un pneumothorax, il faut s'intéresser à l'effet que cette pression détermine sur la circulation pulmonaire, circulation liée en principe à la ventilation, au volume statique du poumon et à son élasticité. La mesure de la température endopleurale montre qu'elle augmente au fur et à mesure qu'on introduit le gaz jusqu'à une certaine limite, au delà de laquelle elle commence à diminuer. Avec un poumon malade dont l'élasticité est anormale, les limites des pressions dans lesquelles la circulation se modifie varient d'un cas à l'autre. La température a tendance à baisser après l'insufflation de quantités de gaz variables, plus petites pourtant que pour un poumon sain.

L'efficacité des méthodes de collapsothérapie doit s'apprécier non sur le chiffre de la pression endopleurale, ni sur le collapsus pulmonaire déterminé, mais sur les effets neuro-réflexes et vaso-moteurs qui accompagnent et suivent le collapsus.

Robert Clément.

Ch. Roubier (Lyon). ***Les images scissurales chez les cardiaques décompensés, leur fréquence et leur signification. Les « scissurites cardiaques »*** (*Archives médico-chirurgicales de l'appareil respiratoire*, t. **12**, n° 3, 1937, p. 200-210). — En pratiquant systématiquement l'examen radiologique de tous les cardiaques dans le but d'étudier les aspects radiologiques du poumon cardiaque, on est frappé de la grande fréquence des images scissurales dans la période de décompensation ou d'asystolie.

Les scissurites cardiaques ont, comme les autres,

une grande prédilection pour le côté droit. Elles intéressent le plus habituellement la petite scissure horizontale. Elles ont une grande variété tant au point de vue morphologique qu'au point de vue topographique. On a tantôt une image linéaire, tantôt une bande, tantôt un aspect bifide en forme de fourche. L'image peut être déformée, curviligne. On peut avoir une double image à droite, la scissurite bilatérale est très rare.

Anatomiquement, il y a symphyse complète. Ces scissurites fibreuses sont constituées par une bande de tissu conjonctif plus ou moins dense, imprégnée de pigment noir et au niveau duquel on trouve des signes d'activité inflammatoire sous forme d'îlots lymphocytaires ou de lésions d'endopériartérite.

Ces images de scissurite, d'observation si fréquente à une période avancée des cardiopathes, sont une traduction radiologique de la propagation à la plèvre des lésions inflammatoires du poumon cardiaque.

ROBERT CLÉMENT.

REVUE DE CHIRURGIE
(Paris)

J. Jung (Strasbourg). ***Les mécanismes de la résorption osseuse*** (*Revue de Chirurgie*, année **56**, n° 7, Juillet 1937, p. 473-511). — La résorption osseuse est un phénomène physiologique fondamental de la vie du tissu osseux, si bien qu'on peut dire qu'il n'y a de fixité que dans l'os mort. Etudier la résorption osseuse peut revenir à étudier les mécanismes de l'utilisation ou du gaspillage des réserves calciques de l'organisme.

La résorption osseuse ne peut être identifiée par l'histologie, mais ses manifestations sont d'ordre clinique, radiologique, bio-chimique.

A cause de la complexité du problème, J. croit devoir réserver l'ostéoporose sénile et l'insuffisante minéralisation du squelette de l'avitaminose. Mais il étudie successivement la résorption osseuse post-traumatique, les raréfactions consécutives aux affections médullaires et nerveuses, aux infections, aux maladies endocriniennes, aux affections rénales, enfin les raréfactions par intoxications.

De cette revue de causes, on peut déduire trois facteurs de résorption osseuse : le facteur vaso-moteur, le facteur endocrinien, le facteur chimique sous la forme acidose. Parmi ces facteurs, celui de la circulation joue un rôle essentiel. Les conséquences de la résorption osseuse sont, avec les fractures pathologiques, la pyorrhée alvéolo-dentaire, la carie dentaire, les douleurs, les métastases calcaires et la lithiase rénale. Mais par opposition, l'absence de résorption osseuse a également une traduction clinique et dans cet ordre de faits la tétanie parathyréoprive est un syndrome qui trahit le manque d'utilisation des réserves calciques de l'organisme.

J. OKINCZYC.

REVUE NEUROLOGIQUE
(Paris)

David et Askenazy. ***Les méningiomes olfactifs*** (*Revue neurologique*, t. **68**, n° 3, Septembre 1937, p. 489-532). — Important mémoire constituant une bonne revue générale de la question basée sur un certain nombre d'observations personnelles.

Les méningiomes olfactifs sont, après ceux de la petite aile du sphénoïde, les plus fréquents des méningiomes de la base. Ils prennent naissance aux dépens des cellules arachnoïdiennes aberrantes groupées au niveau des sillons olfactifs et sur le pourtour de l'apophyse crista galli. On distingue 3 types principaux suivant leur siège moyen, antérieur ou postérieur, et dans chacun de ces types on distingue une variété unilatérale ou bilatérale.

Les méningiomes olfactifs se caractérisent cliniquement par 4 groupes de symptômes principaux : 1° les céphalées frontales; 2° les troubles de l'olfaction précoces et souvent symptômes primitifs; 3° les troubles oculaires, plus tardifs d'habitude que dans les méningiomes de la petite aile; 4° les troubles mentaux d'habitude assez tardifs.

Accessoirement on peut observer une paralysie faciale centrale, la névralgie faciale, l'ataxie frontale.

Rares pour Bailey, les altérations de la base du crâne à la radiographie sont plus fréquentes pour Olivecrona. Erosion de la petite aile du sphénoïde et de l'ethmoïde, destruction de la petite aile et de la partie avoisinante de la fosse antérieure. Les ventriculogrammes donnent en général des images caractéristiques caractérisées par l'amputation symétrique des cornes frontales et de la partie antérieure des corps ventriculaires.

L'intervention chirurgicale, seule thérapeutique de ces tumeurs, pose divers problèmes du fait de : 1° leur situation profonde; 2° leur bilatéralité; 3° leur vascularisation. D. et A. donnent une description détaillée de la technique opératoire.

H. SCHAEFFER.

REVUE DU RHUMATISME
(Paris)

H. Grenet et **L. Pélissier.** ***Conception générale de la maladie rhumatismale*** (*Revue du Rhumatisme*, t. **4**, n° 2, Février 1937, p. 119-155). — Pour la majorité des cliniciens français, la maladie rhumatismale ou maladie de Bouillaud est une entité clinique autonome.

La nature infectieuse de cette maladie spécifique est basée sur la fièvre, les sueurs, l'albuminurie fréquente, mais surtout sur les localisations à distance, au cœur principalement, aux poumons, aux plèvres, au cerveau, aux reins, à la peau, qui traduisent une dissémination infectieuse, et sur les reprises évolutives, échelonnées parfois sur de longues années.

On a émis l'hypothèse de la nature streptococcique de cette affection. Trouver du streptocoque dans la gorge du rhumatisant ne signifie rien, il y en a dans le pharynx de sujets bien portants. Quant aux hémocultures positives, il faut être prudent dans l'interprétation des résultats obtenus. Certaines méthodes nécessitant 18 manipulations du sang étudié exposent à des infections accidentelles; on a trouvé ainsi des germes divers chez des sujets sains, dans 33 pour 100 des cas.

On n'a pas encore trouvé l'agent pathogène du rhumatisme, mais l'hypothèse la plus vraisemblable est tout de même celle d'une maladie spécifique.

L'hypothèse de la nature allergique de la maladie de Bouillaud repose sur des arguments qui ne sont pas à l'abri de la critique. Les arthrites protéino-allergiques ressemblent aux arthrites de la maladie de Bouillaud, mais elles sont moins mobiles, moins rapides, elles ne reviennent pas volontiers sur la même articulation, elles n'ont pas le signe de Lasègue ; le salicylate de soude a moins d'action sur elles, elles ne récidivent pas et surtout, ce qui caractérise le rhumatisme de Bouillaud, c'est que seul, il touche le cœur. On n'a pas le droit d'invoquer un mécanisme pathogénique unique pour des affections qui sont tout au plus ressemblantes. Les résultats de Klinge ont été réfutés par d'autres expérimentateurs : les lésions granulomateuses provoquées par des substances protéiniques n'ont pas tous les caractères du nodule d'Aschoff, qui reste une lésion histologique spéciale, distincte des formations analogues. D'ailleurs, si allergie il y a, il s'agirait d'une allergie spécifique. Il est difficile de distinguer dans une maladie infectieuse ce qui revient à l'allergie, de séparer les lésions par action directe du germe infectieux des troubles fonctionnels par réaction de l'organisme.

ROBERT CLÉMENT.

REVUE DE STOMATOLOGIE
(Paris)

Rousseau-Decelle. ***Quelques réflexions sur l'ostéomyélite mandibulaire*** (*Revue de Stomatologie*, t. **39**, n° 9, Septembre 1937, p. 676). — Grâce à sa longue et fructueuse expérience, R.-D. apporte dans cet article des réflexions fort intéressantes sur l'ostéomyélite mandibulaire. Du point de vue histo-pathologique pure, toute infection osseuse est de l'ostéomyélite. Mais du point de vue clinique, il y a lieu de distinguer les infections localisées à une ou plusieurs dents et les infections généralisées. Il est bon de réserver aux premières le terme d'ostéo-périostite à la période aiguë, d'ostéite à la période de refroidissement. Le vocable d'ostéomyélite ne doit s'appliquer qu'aux infections osseuses cliniquement caractérisées par « la diffusion de proche en proche, étendue et rapide du processus infectieux s'accompagnant de phénomènes généraux graves ».

Cette ostéomyélite de causes multiples, avant tout dentaire, est l'apanage du maxillaire inférieur. Cette localisation n'est pas expliquée par un travail moléculaire d'origine dentaire puisqu'il est le même aux deux maxillaires. La différence de structure, la plus grande adhérence du périoste au maxillaire supérieur, la position déclive de la mandibule ne sont pas non plus des arguments valables. L'influence de la dent de sagesse a été aussi exagérée (sur 10 ostéomyélites, 1 relève de cette dent). La différence de vascularisation est, au contraire, à retenir. Le maxillaire supérieur est richement vascularisé. La mandibule l'est surtout par l'artère dentaire inférieure avec circulation terminale et ralentie. Cela légitime également « que la propagation initiale des lésions se fasse presque toujours dans le sens de la circulation artérielle, c'est-à-dire en avant de la dent causale ». La présence du canal dentaire inférieur est une autre cause anatomique importante. Elle rend compte de l'intensité des douleurs, de la précocité du signe de Vincent et du fait que les dents, cause habituelle de l'ostéomyélite, soient les prémolaires et les molaires.

Par rapport aux ostéo-phlegmons, les ostéomyélites sont rares. La question de virulence et de terrain reste vague. Des facteurs anatomiques particuliers individuels entrent certainement en ligne de compte. C'est pourquoi la deuxième prémolaire et la première molaire, dents axiales, sont les plus grandes génératrices d'ostéomyélite.

A part des formes très graves, l'ostéomyélite d'origine dentaire paraît, à R.-D., être toujours monomicrobienne, surtout à staphylocoques.

C. RUPPE.

REVUE DE LA TUBERCULOSE
(Paris)

M. Fourestier, M. Racine et **J. Paillas.** ***Hémoptysies, dyscrasies sanguines et transfusion. A propos d'une observation*** (*Revue de la Tuberculose*, série 5, t. **3**, n° 7, Juillet 1937, p. 754-774). — F., R. et P. relatent une observation qui illustre la question des rapports des hémoptysies et des troubles de la coagulation sanguine, et permet d'utiles déductions sur l'utilité ou l'efficacité des transfusions dans certaines formes d'hémoptysies tuberculeuses.

Inutile dans les formes foudroyantes, la transfusion peut se révéler un agent thérapeutique précieux dans certaines hémoptysies récidivantes, accompagnant un processus tuberculeux évolutif. Mais son action ne sera que transitoire et le plus souvent instable, imprévisible.

Les cas sont rares où son efficacité est réelle. Ils représentent néanmoins l'indication formelle de la transfusion. Ce sont les hémoptysies récidivantes, que rien n'arrête, survenant sur un terrain spécial

hépato-endocrinien, chez des fibreux non évolutifs, et qui, à la longue, se compliquent de petits stigmates sanguins où dominent l'augmentation du temps de coagulation, la thrombopénie et une persistance paradoxale du taux globulaire malgré les hémorragies répétées.

L'observation de F., R. et P. avec sa longue évolution (trois ans), la découverte tardive des bacilles de Koch (deux ans après le début des hémoptysies), l'absence d'extension locale des lésions, les stigmates hématologiques, la guérison rapide, complète et qui se maintient depuis deux ans, après 7 transfusions de 200 cmc chacune, représente l'histoire type d'un de ces cas rares où cette thérapeutique semble formellement indiquée à l'exclusion de toute autre.

L. Rivet.

REVUE MEDICALE DE NANCY

Hamant et **G. Giraud.** ***Artériographie dans un cas de conjonctivome de la cuisse*** (*Revue médicale de Nancy*, t. **65**, n° 16, 1er Septembre 1937, p. 741-744). — Chez un homme de 48 ans, présentant des douleurs dans le membre inférieur gauche et une augmentation de volume de la racine du membre, on constatait, au niveau du triangle de Scarpa, une masse oblongue descendant jusqu'à mi-cuisse, difficile à limiter vers le haut, dure, régulière, ne semblant pas faire partie des muscles et fixe. Cette masse n'était pas animée de battements ni d'expansion. On n'entendait pas de souffles à ce niveau ; les oscillations artérielles étaient identiques aux deux membres inférieurs. La radiographie montre que la tumeur ne dépend pas de l'os. Une artériographie au thorotrast permet d'éliminer l'anévrisme. On fit le diagnostic de conjonctivome de la gaine des vaisseaux fémoraux.

Une intervention ne permit pas d'enlever la tumeur parce qu'elle remontait trop haut sous l'arcade crurale. On se contenta de lier l'artère au-dessus et au-dessous de la masse et de prélever un fragment biopsique. Il s'agit d'une tumeur conjonctive formée de nombreuses cellules polymorphes, fusiformes ou arrondies, disposées en tourbillon de cellules endothéliales hypertrophiées. L'aspect rappelle celui d'un sarcome.

Bien qu'il y ait un rapport étroit entre la tumeur et l'artère, l'artériographie montra que celle-ci n'était pas déformée, ni comprimée, ce qui explique l'absence de troubles circulatoires dans le membre.

N'ayant pas pu extirper cette tumeur maligne sans faire un délabrement très important, on l'a confiée aux radiothérapeutes.

Robert Clément.

Hamant et **Escourès.** ***Tumeur du médian au cours d'une maladie de Recklinghausen. Ablation et greffe nerveuse*** (*Revue médicale de Nancy*, t. **65**, n° 18, 15 Octobre 1937, p. 828-831). — Un homme de 46 ans, atteint depuis longtemps de neuro-dermo-fibromatose de Recklinghausen, présentait au niveau du pli de flexion du coude gauche, sur le trajet du médian, une masse de consistance dure et de la grosseur d'un œuf de poule. Cette tumeur gêne les mouvements de flexion et s'accompagne d'une diminution progressive de la force de préhension de la main. Le malade éprouve quelques difficultés à fléchir la dernière phalange du pouce et les deux dernières phalanges de l'index. Il existe des troubles discrets de l'opposition à l'index et de l'abduction du pouce. Pas de troubles de la sensibilité.

Le névrome englobant le nerf, son ablation nécessita la section du médian, avec une perte de substance de 12 cm. environ, que l'on combla par une greffe morte d'un nerf de bœuf. Le soir de l'intervention, les troubles signalés au niveau de la main ne sont pas aggravés, la sensibilité reste normale.

La résection franche du médian, aux deux extrémités de la tumeur, aurait dû théoriquement provoquer une paralysie complète dans le territoire de ce nerf. Or, il n'en fut rien, dans plusieurs observations, en dépit de résections étendues, même en l'absence de greffe ou de suture. On peut se demander s'il y a conservation de filets nerveux à l'insu de l'opérateur, ou suppléance progressive par les nerfs voisins. Des anastomoses périphériques très développées sous l'influence de la compression lente et progressive du nerf malade depuis longtemps expliqueraient l'absence de paralysie et de troubles de la sensibilité après extirpation d'une fraction du tronc nerveux.

Robert Clément.

TOULOUSE MÉDICAL

P. de Boissezon. ***Simplification de la réaction de Friedmann pour le diagnostic biologique de la grossesse*** (*Toulouse Médical*, t. **38**, n° 17, 1er Septembre 1937, p. 529-530). — Pour éviter les accidents de mort à la deuxième ou troisième piqûre intra-veineuse et simplifier la technique de la réaction de Brouha-Friedmann, pour le diagnostic biologique de la grossesse, B. a utilisé la capacité d'absorption de la séreuse péritonéale.

Au cours de la laparotomie exploratrice, pour vérifier l'état quiescent des ovaires, il verse 40 cmc d'urines du matin, traitées à l'éther et réchauffées à 37°, dans la cavité péritonéale de la lapine. On suture péritoine, paroi et peau en un seul plan et, pour éviter le suintement de l'urine, on laisse l'animal sur le dos pendant une heure. Après quarante-huit heures, on pratique une nouvelle laparotomie pour constater le résultat.

Avec cette technique, on a obtenu 22 résultats positifs avec des urines de femme enceinte et 3 résultats négatifs avec des urines d'homme.

Le traitement des urines par l'éther évite la mort de l'animal, soit instantanément par toxicité des urines, soit ultérieurement par péritonite.

Robert Clément.

L'ALGÉRIE MÉDICALE
(Alger)

P. Goinard et **Padovani.** ***Echinococcose herniaire*** (*L'Algérie médicale*, t. **41**, n° 114, Juin 1937, p. 327-329). — Chez un chauffeur de 36 ans présentant une hernie inguino-funiculaire, irréductible, l'intervention montra dans le sac, à la partie inférieure de l'épiploon, un kyste hydatique gros comme une noisette, adhérent aux éléments du cordon. Le kyste contenait un liquide eau de roche et une dizaine de vésicules-filles de dimensions variées. Un doigt introduit par le collet révéla l'existence d'un deuxième kyste inclus dans l'épiploon, à quelques centimètres au-dessus. A 19 ans, ce malade avait été opéré d'un kyste hydatique de la rate.

Dans les pays où l'échinococcose est endémique, il faut penser à la possibilité d'une échinococcose herniaire en présence d'un kyste du cordon annexé à une hernie, surtout si sa consistance est plus dure qu'à l'ordinaire.

L'existence d'un kyste du cordon adjacent à une hernie doit faire rechercher systématiquement s'il n'y a pas eu antérieurement un kyste hydatique du foie ou de la rate opéré ou rompu.

La thérapeutique de ces kystes hydatiques juxtaherniaires est simple; elle consiste en l'énucléation combinée à la dissection du sac herniaire, en bloc. L'ablation sans ouverture du kyste est plus simple, plus radicale et moins dangereuse que la réduction sans drainage, après évacuation et formolage.

Robert Clément.

DER CHIRURG
(Berlin)

Petren (Lund). ***Un cas de kyste dermoïde rétro-péritonéal avec image radiologique anormale. Opération. Guérison*** (*Der Chirurg*, an. 9, n° 19, 1er Octobre 1937, p. 732-737). — L'intérêt de l'observation de P. réside dans l'image radiologique. Celle-ci fut exécutée pour tumeur du flanc gauche, de la dimension d'une tête d'enfant, chez une femme de 46 ans, qui pouvait être cliniquement une tumeur de la rate, du rein ou une tumeur rétro-péritonéale. L'image constatée présentait un centre opaque et un niveau liquide décelable dans les positions horizontale et verticale, laissant subsister une calotte plus claire entre lui et une coque épaisse. Ainsi pouvait-on penser à une tumeur liquide encapsulée dont le contenu n'était pas homogène. Ces constatations radiographiques permirent de soupçonner l'existence d'un kyste dermoïde. L'intervention chirurgicale permit de confirmer le diagnostic, et de guérir la malade. Suit une étude des différents cas signalés de la littérature, et une discussion sur les mérites respectifs de la voie trans- ou rétropéritonéale.

J.-Ch. Bloch.

Nils Liedberg (Lund). ***Un cas de pancréatite aiguë post-traumatique chez un enfant*** (*Der Chirurg*, an. **9**, n° 20, 15 Octobre 1937, p. 770-773). — La jeune opérée de L. présente une contusion pancréatique à la suite d'une chute de bicyclette. Après une courte syncope elle se relève, fait un kilomètre pour rentrer chez elle, est prise de violentes douleurs abdominales, et est transportée à la clinique. Le diagnostic est soupçonné par la présence d'une diastasurie importante. Il est vérifié au cours de l'opération, où l'on constate la cystostéatonécrose et l'hématome pancréatique, qui est drainé. L'enfant guérit.

L'intérêt de l'observation de L. réside essentiellement dans la précision du diagnostic réalisé par l'examen des urines, auquel les auteurs allemands attachent une très grande importance, dans tous les cas de lésion traumatique ou non, s'accompagnant d'issue dans la cavité péritonéale de suc pancréatique.

J.-Ch. Bloch.

ZEITSCHRIFT FUR UROLOGIE
(Leipzig)

R. Born. ***Un cas rare de calcul de l'urètre*** (*Zeitschrift für Urologie*, t. **31**, n° 8, 1937, p. 552-554). — Il s'agit d'un calcul trouvé dans un urètre pénien en amont d'un rétrécissement et extrait par les voies naturelles. Ce calcul est formé de poils enchâssés dans une gangue de phosphates, de carbonates et d'oxalates. Le porteur du calcul avait été opéré par Schede d'hypospadias; il semble que Schede avait employé un lambeau cutané scrotal analogue à celui proposé récemment par Leveuf et Godard; les poils auraient leur origine dans ce lambeau scrotal qui n'avait pas été dépilé.

Bernard Fey.

REVUE BELGE DES SCIENCES MÉDICALES
(Louvain)

L. Blitstein (Ougrée). ***Modifications physico-chimiques du sang après les interventions chirurgicales sous divers anesthésiques. I : Protéines*** (*Revue belge des Sciences médicales*, t. **8**, n° 2, Février 1937, p. 73-127). — Chez 7 malades opérés sous anesthésie à l'éthylène, chez 6, endormis à l'éther, chez 3, anesthésiés au protoxyde d'azote, on a dosé le fibrinogène, la sérine et la globuline dans le sang prélevé en présence d'oxalate de K, en utilisant la technique de Howe. Ces

dosages ont été faits immédiatement avant l'intervention, le lendemain et à 4 ou 5 reprises, espacées de 1 à 2 jours.

Chez tous les opérés, on observe une élévation du taux du fibrinogène. Elle est rapide, 24 heures après l'intervention la teneur pré-opératoire est doublée ou triplée, le maximum est atteint vers le deuxième ou le troisième jour. Le retour à la normale est lent, il est rarement achevé le douzième jour.

La chute des protéines totales est constante chez les opérés anesthésiés à l'éthylène; précédée d'une légère augmentation passagère, elle atteint son maximum le quatrième et le septième jour (de moins 7,5 pour 100 à moins 25 pour 100). L'abaissement du taux des protéines totales s'observe également après anesthésie à l'éther, mais elle est plus faible. Après le protoxyde d'azote, il y a peu de modifications.

La diminution de la sérine est importante chez les opérés à l'éthylène, faible chez les opérés à l'éther, modérée après le protoxyde d'azote. Le maximum de la chute s'observe généralement vers le cinquième-neuvième jour et atteint après anesthésie à l'éthylène — 13 à — 30 pour 100.

Les modifications des globulines sont irrégulières chez les sujets endormis à l'éthylène et à l'éther; chez ces derniers, la diminution est plus marquée et atteint en moyenne 30 pour 100, mais il peut y avoir augmentation. Le protoxyde d'azote modifie peu le taux des globulines.

Chez les opérés anesthésiés à l'éthylène, il y a tendance à la chute du rapport sérine-globuline. Après sommeil à l'éther et au protoxyde d'azote, le rapport est tantôt diminué, tantôt augmenté.

Des expériences chez les chiens, simplement anesthésiés ou chez lesquels on a dénudé une veine, montre que les modifications des protéines chez les opérés doivent être attribuées à la désintégration cellulaire. L'anesthésique agit par ce procédé ou directement sur le foie; celui-ci atteint dans plusieurs de ses fonctions et obligé de fournir une plus grande quantité de protéines fabrique la fraction qui lui demande le moindre effort, c'est-à-dire des globulines.

Robert Clément.

F. Albert (Liége). ***Les compressions vasculaires. Etude artériographique*** (*Revue belge des Sciences médicales*, t. **9**, n° **3**, Mars 1937, p. 141-167). — L'artériographie a permis de vérifier l'effet produit par la compression artérielle : une vaso-dilatation très intense étendue à tout le membre correspondant. Ces expériences ont été faites chez le chien, anesthésié au chloralosane, chez qui on oblitère l'artère principale d'un membre pendant quelques minutes, au bout desquelles la compression est levée. La résection de la chaîne sympathique lombaire du côté gauche ne produit pas une vaso-dilatation plus intense que celle obtenue par la simple compression artérielle du côté droit.

Cette notion a été appliquée en clinique. La simple compression au doigt par un infirmier ou par le malade lui-même, de l'artère principale à la racine du membre, entraîne une vaso-dilatation d'autant plus évidente que les troubles vaso-moteurs étaient plus manifestes.

Dans les troubles physiopathiques post-traumatiques, cette méthode provoque parfois en quelques heures une transformation complète ; dans un cas cette transformation acquise en quelques heures fut intégralement conservée sans qu'on ait dû reprendre les compressions artérielles. En général, l'amélioration se fait d'une façon progressive, et pour obtenir un résultat ocmplet, il faut continuer pendant des jours, voire des semaines. Dans les cas moyens et légers, il est exceptionnel de ne pas obtenir une sérieuse amélioration.

Les œdèmes chirurgicaux post-traumatiques cèdent toujours plus ou moins rapidement aux compressions artérielles.

Les ostéoporoses traumatiques semblent être influencées favorablement, l'élément douleur cède assez rapidement; dans quelques cas, on a assisté à une recalcification du squelette.

Dans les retards de consolidation, on a l'impression de la formation rapide d'un cal osseux solide. Les endartérites oblitérantes ont donné aussi quelques résultats intéressants.

La compression veineuse produit une vaso-constriction du gros réseau artériel et une dilatation intense et générale de tout le fin réseau artério-capillaire. Les compressions veineuses ainsi réalisées ont donné quelques résultats intéressants dans certains cas d'endartérite avec oblitération du tronc principal du membre et début de gangrène périphérique. Une compression de dix minutes répétée toutes les heures, puis toutes les deux heures, limite quelquefois la gangrène débutante, mais les résultats sont ici assez irréguliers.

Robert Clément.

I. Blitstein (Ougrée). ***Modifications physicochimiques du sang après les interventions chirurgicales sous divers anesthésiques. II : La sédimentation globulaire*** (*Revue belge des Sciences médicales*, t. **9**, n° 4, Avril 1937, p. 221-250). — Après les opérations chirurgicales, la vitesse de sédimentation augmente très vite. Le maximum de l'accélération se situe entre le cinquième et le septième jour, puis la sédimentation se ralentit, mais reste encore très longtemps rapide. Chez 7 opérés, le quotient d'accélération, par rapport à l'état pré-opératoire, augmente d'environ 10 fois. Chez 2 malades, qui avaient une sédimentation pré-opératoire accélérée, le quotient a été de 3 seulement. Chez les opérés, on constate des modifications des protéines sanguines, sans qu'il y ait parallélisme réel entre ces variations et celles de la vitesse de sédimentation.

Chez le chien, la simple prise de sang provoque une accélération de la vitesse de sédimentation. Après anesthésie, l'accélération est plus grande. Elle est encore plus prononcée lorsqu'on fait une incision pour mettre à nu une veine. Le parallélisme entre le changement de la vitesse de sédimentation et celui du taux des protéines est plus net.

B. en conclut que la vitesse de sédimentation globulaire augmente lorsqu'il se produit un trouble de l'état colloïdal du sang, bien que ce trouble ne puisse pas toujours être mis en évidence par les dosages chimiques. L'accélération de la vitesse de sédimentation serait donc le meilleur signe pour révéler ce trouble colloïdal des humeurs.

Robert Clément.

EDINBURGH MEDICAL JOURNAL

H. Baxter (Glasgow). ***La réaction au tryptophane comme aide au diagnostic précoce de la méningite tuberculeuse*** (*Edinburgh Medical Journal*, IV° série, t. **44**, n° 10, Octobre 1937, p. 663-668). — L'épreuve au tryptophane est une simple réaction colorée.

Dans 41 cas de méningites tuberculeuses, chez des sujets au-dessous de 20 ans, toutes typiques et terminées par la mort, la réaction a été positive. En moyenne, la maladie durait depuis 8 jours, lorsque l'épreuve a été faite; cependant, elle a pu être réalisée deux fois le second jour, 3 fois le troisième et 2 fois le quatrième jour de la maladie.

31 liquides céphalo-rachidiens témoins ont été éprouvés, provenant d'encéphalite léthargique, de réactions méningées au cours de la pneumonie, de méningite méningococcique, de syphilis, de poliomyélite, d'urémie, et deux de tuberculose pulmonaire. La réaction au tryptophane a été négative. Dans 9 cas où le liquide était purulent, la couleur obtenue était rouge pourpre et différente du violet délicat de la réaction positive. Le liquide céphalo-rachidien de la méningite tuberculeuse est heureusement rarement purulent, car alors l'interprétation de la réaction serait très difficile.

Lorsque le liquide est coloré par un peu de sang, la réaction positive est due à la présence du sérum. Une fois cependant, l'épreuve fut positive dans un cas de tumeur cérébrale, de type hémorragique et nécrotique.

Dans un cas, la réaction au tryptophane était négative, ainsi que la recherche du bacille tuberculeux dans le liquide et cependant, l'autopsie révéla une tuberculose miliaire généralisée, sans tubercules dans la pie-mère. Les ventricules contenaient une quantité anormale de liquide dans lequel la réaction au tryptophane fut positive et contenant des bacilles de Koch.

Cette réaction colorée, lorsqu'elle est positive dans un liquide cérébrospinal clair, est une forte présomption de méningite tuberculeuse. Elle sera une aide excellente pour le diagnostic précoce de la méningite tuberculeuse.

Robert Clément.

ARCHIVES OF NEUROLOGY AND PSYCHIATRY
(Chicago)

Olan R. Hyndman et **Wilder Penfield**. ***Agénésie du corps calleux. Son diagnostic par la ventriculographie*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. **37**, n° 6, Juin 1937, p. 1251-1271). — L'agénésie du corps calleux ne fut jusqu'ici qu'une découverte d'autopsie. Les 5 cas rapportés par H. et P. dans ce travail sont les premiers dont le diagnostic ait été fait pendant la vie.

Il s'agit d'une affection rare, puisque depuis le premier cas rapporté par Reil, en 1812, Baker et Graves, en 1933, n'en retrouvaient que 82 cas dans la littérature. Un certain nombre de cas il est vrai sont sans doute restés méconnus jusqu'à ce que la ventriculographie permît d'en reconnaître l'existence pendant la vie.

Des 5 cas rapportés par H. et P., 2 présentent une absence complète et 2 une absence partielle de la commissure, et dans le cinquième il existait seulement une absence du splénium du corps calleux.

La ventriculographie seule peut permettre le diagnostic pendant la vie. Les ventriculogrammes se caractérisent sur une vue antéro-postérieure, par la séparation symétrique des cornes antérieures des ventricules latéraux, avec une ombre gazeuse moniliforme qui les sépare. Cette ombre se continue avec le 3° ventricule en bas et dépasse sa limite supérieure en haut. Mais le fait le plus frappant est l'existence d'une saillie à angle droit qui donne au corps des ventricules latéraux un aspect bicorne. Cette déformation est considérée par H. et P. comme caractéristique de l'agénésie du corps calleux.

H. Schaeffer.

Robert S. Schwab, Jacob Fine et **William Jason Mixter**. ***Diminution des symptômes post-encéphalographiques par inhalation d'oxygène à 95 pour 100*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. **37**, n° 6, Juin 1936, p. 1271-1283). — Les malaises consécutifs à l'encéphalographie, céphalée, vomissements, sont bien connus. Ils sont le fait de la réaction méningée liée à l'introduction d'un corps étranger dans les espaces sous-arachnoïdiens, et aussi à la lenteur de résorption de l'air; 80 à 120 cmc d'air injecté mettent 48 à 72 heures pour se résorber.

S., F. et M. ont montré que l'inhalation d'oxygène à peu près pur (95 pour 100) accélère considérablement la résorption de l'air injecté qui se fait en 3 heures environ, et atténue appréciablement les divers malaises consécutifs à l'encéphalographie ainsi qu'en témoignent 37 observations.

Le mécanisme de cette accélération est le sui-

vant. L'air alvéolaire contient environ 79 pour 100 de nitrogène. Sa pression est environ de 570 mm. de mercure. Elle est un peu plus élevée dans les vaisseaux, et plus élevée encore dans les tissus où elle atteint 630 mm. de mercure. Si on fait respirer à un sujet de l'oxygène à peu près pur, la tension du nitrogène dans l'air alvéolaire tombe rapidement à 0, et la capacité de diffusion du nitrogène du sang et des tissus augmente. En 20 à 30 minutes le nitrogène du sang a disparu, et par ce fait le nitrogène contenu dans les espaces sous-arachnoïdiens et les ventricules se résorbera rapidement.

D'ailleurs, en injectant de l'oxygène pur dans les espaces sous-arachnoïdiens et en faisant respirer au patient de l'oxygène pendant 3 heures, on obtient encore de meilleurs résultats. Un simple appareil pour injection d'oxygène est suffisant pour cette petite intervention, qui n'entraîne aucune complication pulmonaire ou cardiaque.

H. Schaeffer.

Hymans, Bouckaert, Jourdan, Nowak et **Farber.** ***Survie et réveil des centres nerveux après anémie aiguë*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. 38, n° 2, Août 1937, p. 304-308). — Les centres bulbaires passent pour très sensibles à l'anorexie, et l'on admet habituellement qu'ils ne reprennent plus leur fonction après un court arrêt de la circulation.

Le résultat des expériences de H., B., J., N. et F. à ce sujet est le suivant :

Les expériences pratiquées par perfusion de la tête du chien isolée montrèrent que:

1° Après un arrêt circulatoire de 15 à 20 minutes les centres palpébraux et pupillaires sont complètement paralysés, bien que les centres vaso-moteur et respiratoire puissent fonctionner à nouveau;

2° Après un arrêt de 30 minutes les centres cardiorégulateur et respiratoire peuvent reprendre leur activité;

Le centre respiratoire peut même reprendre son activité après 60 minutes de mort apparente.

Chez l'animal entier les résultats de l'expérimentation sont à peu près les mêmes. Les centres respiratoire, cardiorégulateur et vaso-moteur revivent après un arrêt circulatoire de 30 minutes; toutefois le chien reste 10 à 15 heures dans un état de narcose et de coma. Quand l'arrêt circulatoire n'a pas duré plus de 5 minutes, tous les centres peuvent habituellement reprendre leur activité; mais quand il a duré plus de 5 minutes on constate certains symptômes liés à l'altération de centres cérébraux (narcose, coma, rigidité et hyperthermie).

Ainsi donc, contrairement à l'opinion classique, les centres végétatifs sont très résistants à l'anorexie. Certains centres cérébraux nécessaires à la survie de l'organisme sont beaucoup plus sensibles à l'anoxémie, et sont altérés de façon définitive par un arrêt circulatoire de plus de 5 minutes.

H. Schaeffer.

Herman, H. Most et **N. Jolliffe.** ***Psychoses associées à l'anémie pernicieuse*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. 38, n° 2, Août 1937, p. 348-362). — Addison, le premier, avait signalé des troubles mentaux dans l'anémie pernicieuse. Ils ont été étudiés depuis par un certain nombre d'auteurs, Barrett, Hulett, Camp, Williams, Pickett, Ahrens, et bien d'autres, qui ont signalé des psychoses du type de la schizophrénie, de la psychose maniaque-dépressive, des états paranoïdes avec idées délirantes, des psychoses du type toxique, des états confusionnels, des états de dépression avec troubles du caractère. Les modifications dans la personnalité du patient sont bien connues, elles s'exagèrent lors des rechutes et s'améliorent parallèlement à l'anémie.

H., M. et J. rapportent que, sur 255 sujets atteints d'anémie pernicieuse, ils en ont trouvé 40 atteints de troubles mentaux, soit 15,7 pour 100, et 0,08 pour 100 des malades admis à l'asile. 33 des sujets avaient plus de 50 ans, et il y avait 29 femmes pour 11 hommes. 29 des 40 sujets présentaient des signes neurologiques spinaux. Il n'existait pas de rapports entre la gravité des signes spinaux et la psychose. L'anémie tient une place importante dans la genèse des troubles mentaux, mais ce n'est pas le seul facteur en cause. Sur les 40 cas il y eut 9 décès, soit 22,5 pour 100. L'existence de troubles mentaux est donc d'un mauvais pronostic.

H., M. et J. font rentrer leurs malades dans quatre types principaux: 1° des états confusionnels aigus survenant lors d'une aggravation de l'anémie. Les plus fréquents (35 pour 100 des cas), ils constituent une complication grave de l'anémie, et doivent être traités énergiquement par la transfusion sanguine et l'hépatothérapie; 2° des états de désintégration mentale progressifs, surtout fréquents chez des sujets âgés et en partie liés à la cérébrosclérose; 3° des états paranoïdes (17,5 pour 100); 4° des réactions affectives avec état dépressif en général curables et sans gravité.

H. Schaeffer.

Ernst Gellhorn et **Samuel H. Kraines.** ***Association de mots affectée par l'insuffisance d'oxygène, l'excès d'acide carbonique et l'hyperpnée*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. 38, n° 3, Septembre 1937, p. 491-505). — Les modifications de la compression de l'air que nous respirons, soit du fait de la diminution d'oxygène, soit par suite d'excès d'acide carbonique, et également l'épreuve de l'hyperpnée, sont susceptibles de provoquer des modifications de l'activité chez les sujets normaux et ceux qui sont atteints de lésions des centres nerveux.

Pour mesurer le degré de ces troubles. G. et K. ont utilisé le test de Kent-Rosanoff qui consiste à prononcer devant le sujet une centaine de mots auxquels le sujet doit répondre par le mot qui lui vient à l'esprit.

Des expériences, pratiquées par G. et K., il résulte que, dans les trois circonstances d'expérimentation (diminution d'oxygène, augmentation d'acide carbonique et hyperpnée), on constate une modification des réponses usuelles telle que le nombre des réactions individuelles augmente. Ces modifications sont significatives dans les statistiques.

Dans les trois conditions signalées surviennent des réactions non spécifiques de persévération à un degré beaucoup plus considérable que dans les réactions de contrôle correspondantes. En cas de diminution de l'oxygène et à un moindre degré du fait de l'hyperpnée des associations qui n'ont apparemment pas de sens se forment, comparables à celles observées dans les maladies mentales.

L'importance de ces modifications mentales augmente parallèlement à la diminution de la concentration en oxygène. Il ne semble pas y avoir de parallélisme entre le degré du trouble mental et la gravité des symptômes somatiques.

H. Schaeffer.

Tarlov. ***Effet de la radiothérapie sur les gliomes*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. 38, n° 3, Septembre 1937, p. 513-537). — Si de nombreux travaux sont parus sur les résultats de la radiothérapie dans les néoplasmes intra-craniens, peu d'études ont été consacrées jusqu'ici aux modifications histologiques consécutives à l'irradiation de ces tumeurs. C'est l'objet du travail de T. qui a essayé d'établir un rapport entre l'action des rayons du point de vue clinique, la dose de rayons, le type histologique du néoplasme, et les modifications cytologiques consécutives à l'irradiation. Les pièces étaient obtenues avant l'irradiation par intervention opératoire, après l'irradiation par une seconde intervention ou à l'autopsie.

Parmi les cas étudiés, les médulloblastomes sont les seuls qui bénéficièrent des rayons de façon habituelle.

Certaines observations laissent penser que ces tumeurs peuvent parfois, du fait de l'irradiation, devenir moins différenciées et subir une poussée évolutive. Dans deux cas, un astrocytome et un épendymome, la tumeur s'essaima dans le cerveau et les espaces sous-arachnoïdiens et put ainsi se greffer à distance. Il existait dans ces cas de nombreuses figures de mitoses.

Par l'administration d'importantes doses de rayons X, on peut déterminer des altérations vasculaires pouvant se compliquer d'hémorragie ou de ramollissement, et même des altérations des cellules nerveuses, qui furent observées dans un seul cas.

H. Schaeffer.

ARCHIVES OF SURGERY
(Chicago)

J. M. Mac Caughan et **B. L. Sinner** (St-Louis). ***Fistule pancréatique*** (*Archives of Surgery*, vol. 35, n° 3, Septembre 1937, p. 449-460). — Le prétexte de cet article est la guérison opératoire d'un cas de fistule pancréatique.

Dans un premier chapitre C. et S. étudient d'abord la valeur du traitement médical; la méthode la plus intéressante paraît être encore à l'heure actuelle le régime de Wohlgemuth, régime pauvre en hydrocarbones, riche en alcalins et comportant l'administration de belladone ou d'atropine. Il semble que quelques bons résultats en aient été signalés. On a utilisé encore l'injection de produits corrosifs dans la fistule (teinture d'iode) ou l'atrophie pancréatique par des séances de radiothérapie; celle-ci semble toutefois ne donner qu'un résultat temporaire, le tissu pancréatique se régénérant au bout d'un certain temps.

Dans les cas chroniques et inguérissables le traitement chirurgical est indiqué. Chez un homme de 49 ans, qui présentait une fistule après gastrectomie, C. et S. ont pratiqué, 9 mois après la première intervention, une fistulo-anastomose dans la cavité gastrique, et ils ont obtenu un résultat parfait malgré une désunion précoce des sutures opératoires.

Dans cet article C. et S. étudient rapidement l'étiologie des fistules pancréatiques et ils signalent qu'on en a observé plusieurs à la suite de pancréatectomie pour hyperinsulinémie.

F. d'Allaines.

ANNALI ITALIANI DI CHIRURGIA
(Naples)

L. Sussi (Gorizia). ***Gangrène post-opératoire progressive de la peau*** (*Annali Italiani di Chirurgia*, vol. 6, fasc. 5, Mai 1937, p. 487-504). — S. opère d'appendicite subaiguë un homme de 44 ans. Appendice plein de pus, avec une perforation à la base, bouchée par de l'épiploon gangreneux. Suture partielle et mèche.

Au 9e jour l'opéré se plaint de la plaie opératoire. Celle-ci est rouge et tuméfiée, on la débride et on donne issue à quelques gouttes de liquide louche. Pansements au Dakin.

La douleur devient de plus en plus intense; et au 15e jour la plaie présente au centre une plaque de sphacèle. Il s'ensuit une ulcération à bords déchiquetés, nécrotiques, entourée d'une peau bleuâtre. La tuméfaction qui l'entoure se confond insensiblement avec la peau saine.

L'ulcération n'intéresse que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané.

L'examen du pus y montre une grande variété de germes dans lesquels prédominent le streptocoque et le staphylocoque.

La gangrène gagne de plus en plus. Les pansements sont atrocement douloureux. Les antiseptiques *in loco*, ou par voie intraveineuse, les rayons infra-rouges, ultra-violets, de Rœntgen, en un mot tous les traitements essayés pendant 4 mois échouent. L'excision de la zone sphacélée a été proposée à plusieurs reprises. Le malade s'y est obstinément refusé.

La zone de sphacèle, au quatrième mois, recouvre toute la partie droite de l'abdomen, empiétant sur la ligne médiane, et en arrière, gagnant vers la région lombaire. La peau de l'ombilic, curieusement indemne, tranche sur le fond de granulations rouges.

Le malade revient chez lui dans un état précaire.

S. résume rapidement 41 cas de cette affection plutôt rare, sur lesquels 36 sont consécutifs à des affections abdominales.

Elle atteint de préférence le sexe masculin (81 pour 100 des cas connus), et après la trentaine.

Quant à l'opération pratiquée, il s'agit, dans 73 pour 100 des cas, d'appendicectomie.

S. résume ainsi les caractères de cette maladie :

1° Elle n'intéresse que la peau et le tissu souscutané ;

2° Elle est extrêmement douloureuse, en particulier au niveau de la zone bleuâtre qui entoure l'ulcération ;

3° Elle progresse de façon inexorable;

4° L'état général reste relativement bon, et la température ne dépasse pas habituellement 38°.

L'étiologie en est pratiquement inconnue. Le traitement doit consister dans l'excision totale, généreuse, précoce de la région ulcérée, qui seule peut donner un bon résultat.

J. Assali.

ARCHIVIO ITALIANO DI CHIRURGIA
(Bologne)

G. Nicolosi. ***Sur la prétendue association splénomégalie chronique - ulcus gastro - duodénal (Etude critique et expérimentale)*** [*Archivio Italiano di Chirurgia*, vol. **46**, fasc. 3, Juin 1937, p. 265-312]. — N. reprend ici, avec de nouveaux arguments, l'étude critique qu'il avait commencée en 1935 sur les interdépendances physio-pathologiques entre la splénomégalie et l'ulcus gastroduodénal, interdépendances admises par Greppi et Paolazzi. Ces deux auteurs s'accordaient en effet à reconnaître que, chez les porteurs de grosse rate, les hématémèses ne sont pas toujours dues aux troubles vasculaires liés à la splénomégalie, mais le plus souvent à des ulcères gastro-duodénaux que leur coexistence avec une rate augmentée de volume faisait considérer comme un accident des splénomégalies. Et le rapport de cause à effet paraissait tel que Greppi avait décrit un syndrome « splénomégalie chronique-ulcus » qu'il considérait comme une entité anatomo-clinique à isoler des autres affections digestives.

N. nous fait part des recherches expérimentales poursuivies pour expliquer la réalité du syndrome. Il n'a pu parvenir, même en variant les expédients de technique, après avoir troublé la circulation veineuse ou artérielle du territoire gastro-splénique, à obtenir chez le chien ni ulcère, ni hématémèse. Il en déduit que les accidents d'obstacle à cette circulation, d'hyperémie active ou passive, de réplétion atonique et de perturbation des innervations vasculaires, ne suffisent pas à démontrer que la pathogénie des ulcères gastro-duodénaux et des hématémèses soit liée à des troubles spléniques purs.

Il conclut que le syndrome de Greppi — splénomégalie et ulcère gastro-duodénal — ne repose que sur la constatation d'observations limitées qui montrent la coexistence d'une grosse rate et d'ulcère mais qui ne prouvent pas le lien de cause à effet entre les deux éléments anatomo-cliniques.

Marcel Arnaud.

Angelo Pozzan. ***Influence de la pommade à l'huile de foie de morue sur l'évolution des processus de cicatrisation (Etude expérimentale)*** [*Archivio Italiano di Chirurgia*, vol. **46**, fasc. 5, Juillet 1937, p. 459-501]. — Depuis que Ishido en 1922 eut attiré l'attention par des expériences sur les retards de cicatrisation des animaux maintenus en avitaminose, de très nombreux travaux, et que rappelle A. Pozzan, sont publiés dans le monde scientifique, tâchant d'exalter la vertu cicatrisante de produits de pansements plus ou moins riches en vitamines.

Des expériences très nombreuses, et qui sont relatées en détail dans son important mémoire, Pozzan conclut par une note inhabituelle et dont la franchise mérite d'être retenue : il est indiscutable, affirme-t-il en substance, que le mélange huile de foie de morue-vaseline (mélange qui servit à l'étude expérimentale et dont la composition fut longuement expérimentée) exerce sur les plaies une action antiseptique et stimulante qui accélère le processus de réparation des tissus. L'huile de foie de morue dévitaminisée (privée surtout des vitamines A et D) se comporte exactement comme l'huile contenant des vitamines. Il n'est pas possible d'admettre que le facteur « vitamine » soit celui qui agit dans le processus de réparation accélérée des tissus.

Pozzan cherche à expliquer le rôle de l'huile de foie de morue en reconnaissant en elle deux groupes de principes actifs et qu'il a expérimentalement isolés plus ou moins parfaitement : un principe thermostabile dont l'action est surtout constatable *in vitro* et des principes thermolabiles dont le rôle est essentiel ainsi qu'il découle de ses recherches.

Marcel Arnaud.

ATTI E MEMORIE DELLA SOCIETA LOMBARDA DI CHIRURGIA
(Milan)

M. Lapidari. ***Sur le traitement de la méningite purulente post-traumatique*** (*Atti e Memorie della Società Lombarda di Chirurgia*, vol. **5**, n°s 13-14, séances du 9 et du 13 Juillet 1937, p. 1855-1863). — L. rapporte l'histoire d'un jeune homme de 22 ans, qui, à la suite d'une fracture de la base du crâne (occipital), fit une méningite purulente. Il a employé la méthode de Zeller qui consiste en ponctions lombaires répétées avec substitution du liquide céphalo-rachidien par de l'acétylène purifié. L'acétylène agirait comme narcotique et bactéricide léger. L. a employé de l'air filtré, se guidant pour la quantité à injecter sur la pression indiquée au manomètre de Braun. En outre, ainsi que le recommande Zeller, il a fait des injections intraveineuses de sérum hypotonique pour faciliter la sécrétion du liquide céphalo-rachidien. La guérison fut obtenue aisément.

Cette méthode a donné à L. 21 succès en 5 ans.

J. Assali.

SPITALUL
(Bucarest)

G. Popesco-Herasca. ***Le traitement iodé dans la paradénite inguinale (Maladie de Nicolas-Favre)*** [*Spitalul*, t. **57**, n° 4, p. 158-162]. — Après avoir passé en revue les nombreux traitements généraux et locaux, P.-H., partant de certaines conclusions thérapeutiques de Nicolas-Favre (les vaccins spécifiques ne paraissent pas trop efficaces ni trop régulièrement actifs, la chimiothérapie paraît aujourd'hui la meilleure méthode de traitement local et général) et de Sézary, Ravaut, qui avaient employé l'iode avec succès, a essayé une huile iodée (huile chloroformo-iodée à base d'iode métallique).

Le traitement fut appliqué dans certains cas de Nicolas-Favre, dans la phase précoce d'inflammation ganglionnaire comme dans d'autres cas avec suppuration, fistulisés ou ulcérés. Une amélioration évidente se produit en ce qui concerne la douleur, le volume, la périadénite, etc.

L'adénite diminue presque à la résorption complète. Dans les cas ulcérés après 12-20 piqûres et pansements locaux et, dans certains cas, les rayons ultra-violets surajoutés ont donné des guérisons rapides.

Henri Krauter.

ACTA CHIRURGICA SCANDINAVICA
(Stockholm)

Sjöström. ***La quantité d'acide citrique du sérum sanguin pour le diagnostic des maladies du foie et des voies biliaires. Etude technique, expérimentale et clinique*** (*Acta Chirurgica Scandinavica*, vol. **79**, supp. 49, 1937, p. 1-412). — Dans un certain nombre d'états morbides, on observe des modifications du taux de l'ion citrique dans le sérum sanguin. La diminution est constatée dans la thrombose post-opératoire, après les interventions graves et dans certains états inflammatoires.

S. s'est attaché à l'étude de l'hypercitriquémie.

Il a d'abord fait une étude critique de la méthode microchimique de Thunberg et s'est efforcé de supprimer les causes d'erreur. La technique proposée donne des écarts de calcul ne dépassant pas 0,7 pour 100 en plus ou en moins.

Des expériences de perfusion du foie chez le lapin, le chat et le chien ont montré que le foie possède à un très haut degré le pouvoir de transformer l'acide citrique, qu'il s'agisse de la solution de Tyrod ou de sang artériel additionné d'héparine.

Même pour une concentration d'ions citriques 100 fois plus grande que celle de l'animal normal, le passage à travers le foie ramène le taux de la solution à un chiffre normal. La perfusion de la partie inférieure du corps ne produit aucune baisse de la quantité d'acide citrique.

Si l'on procède chez le lapin à une altération du foie par le formiate d'allyle, le taux citrique du sérum, d'abord légèrement abaissé, s'élève au bout de quelques jours. Le foie ainsi altéré perd en partie sa capacité de transformer l'acide citrique du liquide de perfusion.

Sur 1.150 malades, atteints d'affections diverses, on a dosé les ions citriques du sérum, 3.400 fois. Le taux normal, le matin à jeun, est de 20,5 microgr. avec des écarts de 1,8 microgr. On peut fixer les limites physiologiques entre 17 et 25 microgr. L'introduction de 10 à 30 fois la quantité normale en circulation, par voie veineuse ou buccale, donne une augmentation des citrates sériques de courte durée, ne dépassant pas 27 microgr. dans l'administration par voie buccale, chez les sujets normaux.

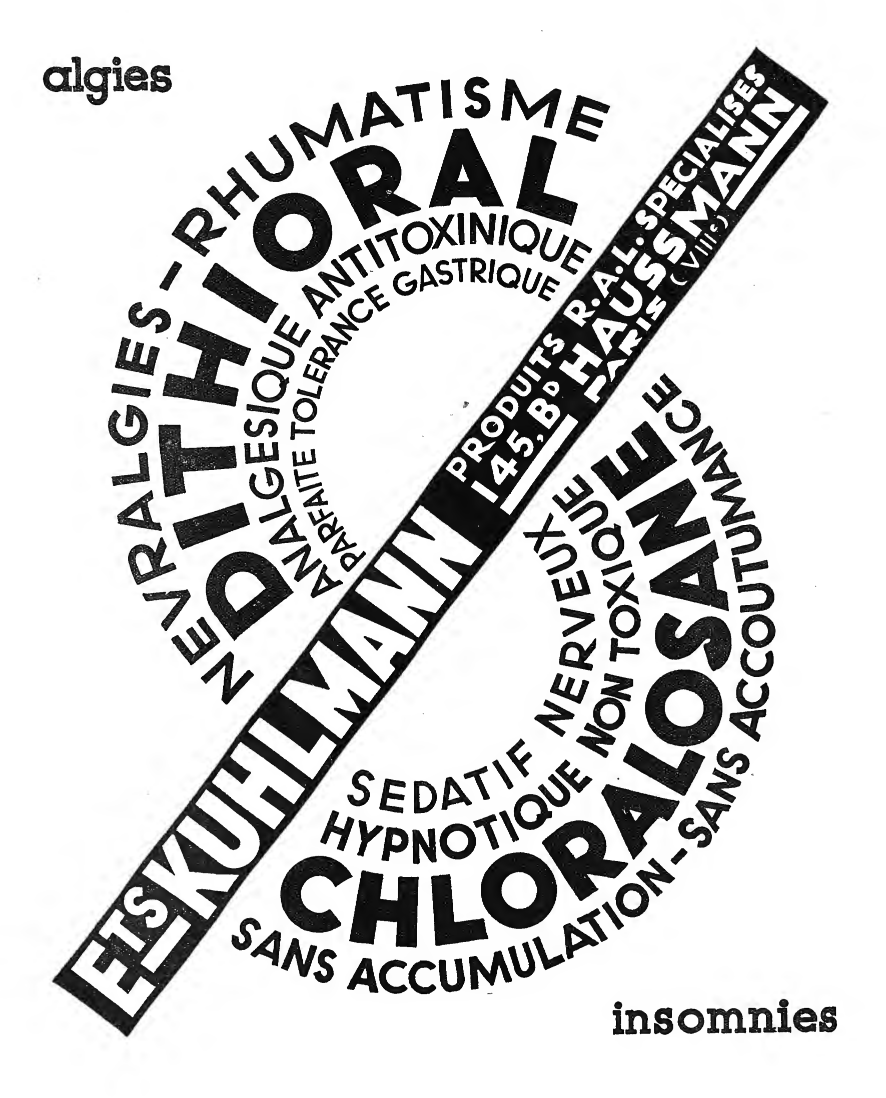
Dans les hépatites aiguës, on a trouvé des valeurs augmentées de 79 pour 100. Dans les hépatites chroniques et les cirrhoses du foie, dans 81 pour 100 des cas, le taux était au-dessus de 25 microgr. et dans 63 pour 100 au-dessus de 27 microgr.

Dans plusieurs cas d'alcoolisme chronique, le taux citrique du sérum était élevé.

Dans la cholélithiase, les chiffres sont normaux quand il n'y a pas de symptômes, avec tendance aux chiffres forts. Dans la lithiase cholédocienne, le taux est normal quand le malade ne souffre pas ; les sympômes aigus s'accompagnent d'un accroissement ne dépassant pas 35 microgr.

Le dosage de l'acide citrique sérique est un bon moyen d'apprécier les fonctions du foie. D'autres facteurs influencent ce métabolisme, mais le bon fonctionnement du foie semble le facteur le plus important pour empêcher le développement de l'hypercitriquémie.

Robert Clément.


algies
NEVRALGIES - RHUMATISME
DITHIORAL
ANALGESIQUE ANTITOXINIQUE
PARFAITE TOLERANCE GASTRIQUE
Ets KUHLMANN
PRODUITS R.A.L. SPECIALISES
145, Bd HAUSSMANN
PARIS (VIIIe)
SEDATIF NERVEUX
HYPNOTIQUE NON TOXIQUE
CHLORALOSANE
SANS ACCUMULATION - SANS ACCOUTUMANCE
insomnies

REVUE DES JOURNAUX

LE PROGRÈS MÉDICAL (Paris)

M. Loeper. *Diverticule et diverticulite du côlon* (*Le Progrès médical*, an. **65**, n° 42, 16 Octobre 1937, p. 1442-1449). — Uniques ou multiples, les diverticules du côlon peuvent constituer une simple malformation anatomique sans expression clinique. Dans d'autres cas, il y a inflammation ou infection diverticulaire qui se traduisent par des symptômes variables.

La douleur des diverticulites n'est pas toujours très intense, mais irradie fréquemment vers la cuisse ou les régions génitales. Elle est exacerbée par la défécation. Les nausées sont fréquentes, les vomissements rares. Au milieu des matières diarrhéiques, on voit parfois de véritables bourbillons diverticulaires. On peut encore observer des hémorragies intestinales, de la pollakiurie, de la cystalgie et même de la cystite, la fièvre est des plus variables, la leucocytose, constante.

Parmi les formes aiguës, il faut distinguer des formes appendiculaire, occlusive, salpingienne, urétérale, gastrique.

Les formes chroniques ont une allure néoplasique et pseudo-tumorale. Outre les douleurs, il y a distension de l'abdomen, constipation, signes urinaires et cachexie.

Si l'on a invoqué parfois l'origine congénitale, il est probable que les diverticules sont le plus souvent d'origine mécanique: diverticule de traction ou de pulsion. Les causes des accidents aigus des diverticulites sont la présence d'un calcul stercoral, un repas trop abondant, l'équitation, l'automobile, des traumatismes, les purgations ou les lavements inopinés.

C'est la radiologie qui permet d'affirmer un diagnostic de diverticule.

Le traitement de la diverticulite comporte le repos et la glace, ensuite il faut éviter les gros repas, les aliments qui laissent des résidus dans l'intestin, les substances inertes comme le kaolin et le bismuth et donner des diastases et des désinfectants intestinaux.

Les indications du traitement chirurgical découlent de l'intensité des réactions péritonéales.

Robert Clément.

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES (Paris)

E. Michon. *Abcès du rein* (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, t. **108**, cahier 18, 25 Septembre 1937, p. 477-484). — L'anatomie et la physiologie du rein expliquent la facilité de l'infection de cet organe. Les abcès du rein ont d'abord été associés à la pyélite dans les affections urinaires. Plus tard, ont été étudiées les formes pures d'abcès de la corticalité.

On peut décrire des abcès miliaires, les plus fréquents, disséminés sur toute la surface du rein; des grands abcès rares, en général uniques dont l'évolution se fait vers l'atmosphère périnéale, plus rarement vers le bassinet. On désigne sous le nom d'anthrax du rein une lésion exceptionnelle, localisée à une portion de la glande, ayant une marche extensive lente, laissant indemnes les voies excrétrices et se compliquant souvent de suppurations périnéphrétiques.

Les abcès du rein s'observent particulièrement à la suite d'une poussée de furonculose ou d'anthrax, mais on peut les observer dans les infections urinaires, l'agent microbien étant soit le staphylocoque doré, soit le colibacille; le streptocoque et le bacille d'Eberth sont exceptionnellement rencontrés.

Les symptômes sont multiples, mais inconstants. La fièvre et la douleur sont les plus importants. On perçoit parfois une augmentation de volume du rein, les urines sont normales ou foncées; elles sont troubles dans la moitié des cas d'abcès à staphylocoque, et constamment dans les infections à colibacille. L'altération de la fonction rénale est inconstante.

L'évolution peut être suraiguë, aiguë ou traînante à rechute. Les abcès corticaux du rein peuvent guérir spontanément.

Le diagnostic est souvent difficile, la radiographie et la pyélographie ascendante donnent des renseignements utiles dans 85 pour 100 des cas.

Les antiseptiques urinaires, les vaccins, l'anatoxine staphylococcique peuvent être essayés à condition que ces thérapeutiques ne retardent pas une intervention nécessaire. Le traitement est en effet chirurgical dans la plupart des cas. La décapsulation peut suffire et de nombreux succès lui sont dus, mais souvent la néphrectomie est immédiatement nécessaire.

Robert Clément.

GAZETTE HEBDOMADAIRE des SCIENCES MÉDICALES DE BORDEAUX

G. Jeanneney. *La transfusion de sang conservé en clinique (Problème théorique, réalisation pratique)* [*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, t. 58, n° 30, 25 Juillet 1937, p. 1-29]. — La nécessité d'avoir toujours sous la main des donneurs professionnels de sang, dans les Centres hospitaliers, entraîne pour ceux-ci des immobilisations prolongées et coûteuses, ou bien, si on se contente de les alerter par téléphone, des pertes de temps préjudiciables au malade. En outre, on n'a pas une garantie absolue de l'innocuité de la transfusion, en raison de ce qui a pu se passer chez le donneur depuis le dernier contrôle.

L'emploi systématique de sang conservé, prélevé en dehors de toute hâte, sur des donneurs bénévoles et soumis à une étude biologique approfondie au laboratoire, présente, au point de vue pratique, un très grand progrès, qui se révélerait encore plus précieux en temps de guerre.

A côté du sang de cadavre, proposé par Judine, J. a préconisé le simple stockage de sang frais.

Le sang conservé au repos dans un ballon se sédimente en trois couches. Il est aisé de dépister l'hémolyse au spectroscope. Pour avoir le moins de chances d'hémolyse, il faut utiliser le citrate de soude pour la conservation sans dilution ou le sérum glucosé citraté, réalisant une dilution au 2/3. La coagulation est un phénomène grave résultant d'une faute de technique. Pour éviter les agglutinations et les empilements d'érythrocytes, il faut filtrer le sang au moment de la transfusion, pour supprimer ces amorces d'embolies.

L'étude microscopique, la recherche de la résistance globulaire, l'examen chimique et l'étude biologique du sang conservé ont montré que le sang conservé garde, pendant les 5 à 6 premiers jours, des qualités comparables à celles du sang frais, mais il y a intérêt en pratique à utiliser ce sang le plus tôt possible après la récolte.

La conservation se fait à la glacière entre + 2° et + 4°, mais on peut aussi le conserver à la température de la chambre, à la condition de l'utiliser plus vite. La transfusion est ramenée à une simple injection intra-veineuse.

Les résultats de la transfusion de sang conservé sont, jusqu'à présent, les mêmes qu'avec du sang frais. Les réactions sont nulles dans 30 pour 100 des cas; dans les autres, on a un léger choc, surtout avec du sang dilué dans du sérum physiologique citraté.

On a pu pratiquer des transfusions avec du sang conservé de 10 à 20 jours sans ennui.

Robert Clément.

R. Duperié, J. Grie, J. Dubarry et R. de Lachaud. *Sur deux cas de tuberculose de la rate* (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, t. 58, n° 35, 29 Août 1937, p. 547-554). — Un homme de 28 ans présenta, en 1926 et en 1930, des adénopathies cervicales ramollies qui ont nécessité l'évacuation du pus et ont laissé des cicatrices adhérentes. En 1927, il souffrit de troubles dyspeptiques et eut deux gastrorragies importantes en 1932 et en 1935. Ce malade, anorexique et asthénique, était porteur d'une grosse rate. La biopsie montra la nature tuberculeuse de l'affection. La splénectomie fut suivie de complications pulmonaires et entraîna la mort. La rate offrait des images de tuberculose fibreuse et on put en isoler un bacille tuberculeux de type humain. Le foie présentait des lésions de cirrhose avancée.

Chez un ouvrier de 49 ans, présentant depuis un mois de l'anorexie, des sueurs nocturnes, de la température, un état saburral des voies digestives et un amaigrissement important, l'examen du thorax fut à peu près négatif, le foie et la rate étaient de dimensions normales. La mort survint un mois plus tard. A l'autopsie, on trouva des lésions d'œdème et de congestion pulmonaires généralisées sans lésion tuberculeuse typique. Le foie était volumineux, parsemé de granulations, la rate de 350 gr. était entourée de lésions de périsplénite. Sa surface était déformée par la présence de nodules très nombreux de toutes tailles, les plus volumineux de la grosseur d'une noisette.

Les nodules caséeux qui infiltraient le foie, la rate et un des reins correspondaient à des foyers nécrotiques de dégénérescence caséeuse, sans réaction défensive périphérique.

Il s'agit là de deux tableaux cliniques bien différents; si le syndrome spléno-hépato-ganglionnaire avec hémorragies gastriques pouvait être diagnostiqué du vivant du sujet, la généralisation nodulaire caséeuse du deuxième malade n'a été reconnue qu'à l'examen histologique.

Robert Clément.

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX ET DU SUD-OUEST

G. Jeanneney. *Que peut-on demander au traitement chirurgical dans les hypertensions artérielles?* (*Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*, t. **114**, n°s 40-41, 2-9 Octobre 1937, p. 293-304). — Relèvent du traitement médical, les hypertensions dues à une augmentation de la masse ou de la viscosité sanguine et celles dues à une augmentation de la puissance cardiaque, bien que certaines avec décompensation cardiaque d'origine thyroïdienne soient du domaine chirurgical. Les hypertensions dues à la présence de barrages périphériques peuvent relever du traitement chirurgical, mais certaines d'entre elles sont des phénomènes de défense qu'il faut respecter.

Dans les hypertensions artérielles dues à cer-

taines néphrites, la décapsulation ou la néphrotomie sont indiquées après détermination de la valeur fonctionnelle du cœur et des vaisseaux. Après l'opération, la pression baisse sans qu'il y ait diminution de la diurèse, le cœur est ainsi soulagé.

L'anévrisme artério-veineux réalise un type d'hypertension par barrage périphérique qui relève de la chirurgie. L'intervention guérit parfois une asystolie menaçante.

Dans les hypertensions paroxystiques liées à une tumeur de la médullaire surrénale, seul le traitement chirurgical le plus précoce possible peut sauver les malades.

Au cours des hypertensions continues, dites « essentielles », le traitement chirurgical est indiqué dans les formes sérieuses ou graves, lorsque l'affection résiste au traitement médical ou que, améliorée par le repos, elle récidive et s'aggrave ensuite.

Les résultats de ces divers traitements varient suivant les cas. Assez bons dans certaines néphrites, ils sont excellents dans les surrénalomes, avec crises d'hypertension paroxystique. Par contre, dans les hypertensions essentielles, l'opération produit une stabilisation de la maladie ou une guérison apparente, mais souvent elle ne modifie en rien l'évolution fatale.

Robert Clément.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Leipzig)

M. Heiman. ***Le traitement vitaminique des maladies nerveuses. I. Clinique et thérapeutique de la vitamine B_1*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 31, 31 Juillet 1937, p. 1076-1082). — Au cours de ces dernières années, il a été fait de divers côtés de nombreuses tentatives thérapeutiques par la vitamine B_1 dans tout l'ensemble des maladies nerveuses périphériques ou centrales, acquises ou hérédo-dégénératives. Il a donc semblé à H. nécessaire de préciser les effets obtenus ainsi, afin d'arriver à délimiter le groupe des maladies nerveuses qui dépendent de la vitamine B_1.

Dans les recherches ainsi poursuivies sur 30 malades — dont 15 ont leurs observations reproduites plus ou moins en détail — la vitamine B_1 a manifesté d'abord une action analgésique élective. Dans un cas de névrite douloureuse du plexus les résultats ont été excellents. Parfois, cependant, cette médication a échoué. Il semble en somme que la vitamine B_1 agisse surtout quand la douleur est un symptôme isolé de maladie. Les effets ont été également très intéressants dans certains cas de zonas. Dans l'intoxication par le thallium qui provoque une « polynévrite sensible », les effets ont été aussi favorables.

Les affections nerveuses périphériques ont des relations très étroites avec les vitamines et avec les affections du tractus gastro-intestinal, notamment avec celle que provoque l'alcoolisme chronique. On sait en particulier que les alcooliques présentant de la polynévrite ont souvent de l'anacidité gastrique, ce qui amène à considérer que les avitaminoses peuvent relever de deux pathogenèses : carence de vitamines dans les aliments et trouble de la résorption de la vitamine, trouble qui peut résulter d'une altération gastro-intestinale. Enfin, il y a lieu d'admettre que l'alcool augmente les besoins en vitamine B_1. Dans un cas de polynévrite alcoolique douloureuse, la vitamine a ainsi agi d'une façon satisfaisante. Par ailleurs, il a été constaté que la vitamine B_1 agit favorablement sur l'achlorhydrie qui peut avoir pour origine une avitaminose.

Plusieurs observations montrent également que cette vitamine a une action d'épargne sur l'insuline.

Dans la névrose de crampe (goutte autrichienne) cette médication aurait un rôle adjuvant à côté des antigoutteux habituels. Dans 3 cas de myélose funiculaire le médicament a complètement échoué. Il en est de même dans 8 cas de sclérose multiple.

P.-E. Morhardt.

A. Stender. ***Expériences sur la poliomyélite des années 1931 à 1936*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 35, 28 Août 1937, p. 1209-1212). — Dans ce travail qui a été fait à Breslau, S. remarque qu'en Silésie, au cours des six dernières années, il est survenu trois épidémies de poliomyélite, les deux premières (1932-1935) ayant été assez faibles, tandis que la dernière (1936) a fait beaucoup de victimes. Dans ces épidémies, il a été constaté que si la maladie était fréquente surtout en plein été, néanmoins, des cas surviennent à la fin de l'automne.

Le nombre des cas observés par S. s'élève à 51. Comme signe prodromique pouvant aider à faire un diagnostic précoce, il a été noté 11 fois de la raideur ou des douleurs de la nuque. Les douleurs du dos et des reins qui ont été constatées 7 fois sont également très typiques. En outre, des douleurs ont été ressenties 8 fois dans les membres qui devaient plus tard être affectés par la paralysie et alors tous les mouvements passifs du membre intéressé déterminaient des sensations pénibles. Dans 2 cas il a été observé de l'hyperalgésie de la peau. Des sueurs profuses indépendantes des chutes de température ont été assez fréquentes (6 cas). La rétention urinaire a été observée dans 4 cas; elle est survenue soit avant, soit encore après les paralysies. Les douleurs dans le ventre, les diarrhées, les nausées, les vomissements ont été fréquents (8 cas). L'angine et la pharyngite sont survenues 9 fois.

Parmi ces signes précoces, il n'en est qu'une partie qui soit caractéristique. Néanmoins, dès qu'on soupçonne la maladie, on doit procéder le plus rapidement possible à une ponction lombaire: dès le début de la maladie les leucocytes du liquide sont augmentés, tandis que le taux de l'albumine est normal, alors qu'il est élevé dans la plupart des autres méningites.

Quant aux paralysies flasques, elles ont affecté deux fois les caractères de la paralysie de Landry. Dans 3 cas il s'agissait d'une monoplégie totale. Dans un cas il y a eu récidive, phénomène extraordinairement rare. mais cependant indubitablement observé à plusieurs reprises.

Au point de vue de la sérothérapie par le sérum de convalescent, S. remarque qu'elle a été pratiquée dans tous les cas qui ne remontaient pas à plus de trois ou quatre semaines. Les doses ont été de 10 à 20 cmc, tant dans le canal rachidien que dans les muscles. Les injections intrarachidiennes ont paru avoir des effets remarquables, parfois même très rapides.

P.-E. Morhardt.

W. Fleischmann et **D. Laszlo.** ***Emanation du radium et métabolisme cellulaire*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 36, 4 Septembre 1937, p. 1248-1251). — Etant donné la signification importante du radium dans le traitement de processus pathologiques divers, F. et L. ont procédé à des recherches pour déterminer le mécanisme d'action des corps radioactifs et pour savoir si ceux-ci peuvent produire des modifications irréversibles ou non. Des recherches de ce genre ont déjà été faites, mais en petit nombre et avec des résultats jusqu'ici pas très significatifs. F. et L. ont choisi comme objet d'étude des érythrocytes nucléés d'oies. La méthode utilisée a été celle de Warburg. A la suspension d'érythrocytes, il était ajouté, au cours de l'expérience, une solution glucosée salée d'émanation. Il a été ainsi constaté que sous l'influence de l'émanation, la respiration est nettement inhibée. Sur 22 expériences, l'inhibition a été caractéristique 17 fois. Elle a atteint dans la première heure 34,5 pour 100 en moyenne, le chiffre le plus élevé ayant été 95 pour 100. Dans 12 expériences prolongées deux heures, l'inhibition a atteint 30,3 pour 100 au cours de la seconde heure, alors qu'au cours de la première heure elle avait été de 23,3 pour 100 seulement.

Les recherches ont également été poursuivies sur des globules blancs recueillis sur des malades atteints de leucémie myéloïde. Dans 2 cas chroniques l'inhibition de la respiration provoquée par l'émanation a été nette. Elle l'a été moins dans 2 cas de leucémie myéloïde aiguë.

L'élimination de l'émanation par barbotage d'air dans la suspension a permis de constater dans tous les cas que la respiration reprenait ses valeurs initiales. Même lorsque le sang avait été exposé pendant 24 heures à l'action de la radioactivité, le retour à la normale s'est opéré.

On ne saurait donc admettre que sous l'influence du traitement il survienne une altération structurale du noyau ou du protoplasma cellulaire. La réversibilité des phénomènes doit être comparée à ce qui se passe en présence de narcotiques indifférents: il doit s'agir d'une inhibition des ferments.

Il n'a pas été constaté que de petites doses d'émanation exercent une action favorisante sur la respiration.

P.-E. Morhardt.

F. Saüerbruch et **E. Knake.** ***Relations entre la rate et le lobe antérieur de l'hypophyse*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 37, 11 Septembre 1937, p. 1268-1270). — Si à des rats normaux on injecte régulièrement de la peptone de Witte, on constate que ces animaux deviennent anormalement agressifs. Par contre chez les rats splénectomisés, le même traitement n'a pas de tels effets. On constate, par contre, que chez ces derniers, le cycle sexuel est normal, tandis que, chez les premiers, les testicules restent d'une façon permanente dans le scrotum fortement hypérémique ou, suivant le sexe, qu'il y a constamment prœstrus ou œstrus. Ces constatations ont amené S. et K. à examiner l'urine d'animaux ou d'hommes splénectomisés au point de vue de la teneur en prolan. Chez les uns comme chez les autres on a ainsi constaté que dans l'urine il existe une proportion anormalement élevée d'hormones préhypophysaires (50 unités souris au maximum). On doit se demander dans ces conditions si la rate fabrique une hormone capable, comme celle des gonades, d'inhiber le fonctionnement du lobe antérieur de l'hypophyse. Il se pourrait aussi que la rate fixe le prolan produit en excès, comme elle fixe d'autres substances nocives qui circulent dans le sang.

On sait d'autre part que chez les rats en parabiose, il survient une sorte d'intoxication qui permet à l'infection par bartonella d'apparaître comme si la rate avait subi de ce fait une altération. Ces phénomènes d'intoxication surviennent plus rapidement chez les animaux castrés, comme si cette altération de la rate avait pour origine un excès de prolan circulant.

Il n'a d'ailleurs pas été possible à S. et K. de démontrer que les animaux traités par le prolan deviennent plus sensibles à l'égard de l'infection par bartonella. Néanmoins les relations d'une fonction splénique avec une fonction hypophysaire paraissent établies. La castration a d'ailleurs pour action de faire apparaître dans l'urine 100 à 500 unités souris de prolan, c'est-à-dire notablement plus que la splénectomie. D'autre part la coïncidence de splénomégalie et d'hypogénitalisme a souvent été signalée.

P.-E. Morhardt.

T. Bersin, H.-J. Lauber et **H. Nafziger.** ***Influence de l'anesthésie sur les échanges de vitamine C*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 37, 11 Septembre 1937, p. 1272-1274). — Les recherches sur les variations de l'acide ascorbique sous l'influence de l'anesthésie locale et générale sont encore assez peu nombreuses et assez contradictoires. En utilisant la méthode d'épreuve de Harris et Ray, B., L. et N. ont étudié les besoins de l'organisme en acide ascorbique sous l'influence de l'anesthésie. Il y a lieu d'admettre à ce point de vue que

sous l'influence de phénomènes comme l'anesthésie ou l'intervention, les vitamines peuvent cesser d'être disponibles, notamment pour réaliser la synthèse des enzymes indispensables. D'un autre côté, il serait possible qu'une désintégration oxydative de l'acide ascorbique se produise avant la transformation en enzymes, ce qui pourrait faire croire à une carence. Il ne semble d'ailleurs pas que tel puisse être le cas chez les animaux d'expérience.

Quoi qu'il en soit, les recherches pratiquées sur les lapins montrent que la vitamine C diminue nettement après l'anesthésie, dans des proportions qui sont parallèles à la profondeur de l'anesthésie. Le même phénomène s'observe après l'anesthésie locale et l'intervention par elle-même, elle aussi, augmente les besoins de vitamines.

Ainsi, sous l'influence de l'intervention, l'organisme pauvre en vitamine C achève de dépenser ses réserves qui sont cependant indispensables aussi bien au cours de la régénération des tissus que de la défense contre l'infection. On doit donc chercher, déjà avant l'intervention, à constituer chez le malade des réserves de vitamines qui, d'ailleurs, ne doivent pas être limitées à la vitamine C. On y arrivera d'abord par l'alimentation, mais aussi quand il y a des troubles de la résorption ou des affections viscérales, notamment hépatiques, au moyen d'injections. P.-E. Morhardt.

H. J. Lauber, T. Bersin et **H. Nafziger.** ***Les besoins d'acide ascorbique dans les infections chirurgicales*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 37, 11 Septembre 1937, p. 1274-1276). — On sait que la vitamine C joue un grand rôle dans la défense contre les infections. Mais jusqu'ici on n'a guère procédé à des recherches quantitatives sur cette question. Au cours de quelques épreuves, L., B. et N. ont pu constater qu'en cas d'infection chronique comme la tuberculose, l'excrétion de l'acide ascorbique administré, au lieu d'atteindre en deux jours 80 à 90 pour 100, tombe en moyenne au cinquième de la normale.

Au cours des infections aiguës (mastite, ostéomyélite), les phénomènes sont analogues, mais moins marqués. En pareil cas l'organisme éprouve donc un besoin manifeste de vitamine C.

Des recherches ont été également poursuivies sur les lapins, pour voir comment, après administration intraveineuse d'acide ascorbique, ces animaux se comportaient à l'égard de l'inoculation de streptocoques faiblement virulents. Il a été ainsi constaté que, contrairement à ce qui se passe chez l'animal sain, la presque totalité de la vitamine C administrée est retenue par l'animal présentant une infection aiguë ou chronique. Il en est de même chez divers malades, sans qu'en pareil cas on puisse affirmer qu'il n'y avait pas antérieurement carence de vitamines. Quoi qu'il en soit, l'administration de vitamine C, surtout par injections, paraît recommandable dans toutes les affections de ce genre. Les infections augmentent, en effet, le métabolisme intermédiaire et par conséquent le besoin d'enzymes, y compris ceux qui se fabriquent aux dépens de la vitamine C. Or, les régimes hospitaliers usuels sont assez pauvres en vitamines.

P.-E. Morhardt.

F. Hoff, G. Gentzen et **H. Klemm.** ***Contributions cliniques et expérimentales au problème : thyroïde-mésocéphale*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 38, 18 Septembre 1937, p. 1305-1311). — Les troubles du fonctionnement de la thyroïde peuvent avoir pour origine, entre autres, des désordres du mésocéphale et plus spécialement des centres végétatifs, ce qui remet en honneur la théorie de Charcot et Pierre Marie pour qui la maladie de Basedow était une névrose du sympathique. H., G. et K. ont d'ailleurs pu réunir cinq observations qu'ils résument, d'encéphalite ayant été suivie soit d'un symptôme isolé, soit de plusieurs symptômes de thyrotoxicose. Dans le premier de ces cas, en effet, le syndrome fut assez complet : goitre, tremblements, tachycardie, éclat du regard et augmentation du métabolisme de base. Dans trois autres cas, il n'y avait guère qu'une augmentation des échanges et, dans un dernier cas, on ne constata que de l'exophtalmos. Le tremblement et la rigidité musculaire qui furent observés dans trois de ces cas ne suffit d'ailleurs pas pour expliquer l'augmentation du métabolisme.

Par ailleurs les dérivés de l'acide barbiturique, qui sont des narcotiques du mésocéphale, sont doués d'une action inhibitrice spécifique sur les centres végétatifs. Ces substances, et plus spécialement le prominal, ont été utilisées de ce fait dans la maladie de Basedow et dans les thyrotoxicoses. H., G. et K. ont également fait des essais avec ce médicament chez des malades dont le métabolisme était augmenté de 30 ou de 40 pour 100. Avec ce médicament ils sont arrivés à ramener le métabolisme à la normale. Mais dès que le médicament était cessé, l'état du malade redevenait ce qu'il avait été antérieurement, parfois même le métabolisme atteignait des chiffres plus élevés qu'avant.

Au cours d'expériences sur les cobayes auxquels il avait été administré de l'hormone thyrotrope à la dose de 150 à 300 unités par kilogramme de poids du corps, chez qui de ce fait le métabolisme était augmenté, on a constaté que le prominal (0,25 milligr. par kilogramme) pouvait ramener les échanges à un taux normal ou presque normal. L'effet ainsi obtenu s'est montré passager, a débuté rapidement après l'administration du médicament et cessé peu après.

L'examen histologique de la thyroïde a permis de voir que le barbiturique est, par contre, sans action sur les modifications de la glande que provoque l'hormone thyrotrope ou la thyroxine. En ce qui concerne le foie, on a constaté que le prominal n'arrive pas non plus à en relever le taux une fois que l'hormone thyrotrope ou la thyroxine l'ont diminué.

Il semble donc que le barbiturique expérimenté n'ait qu'une action très passagère sur les centres végétatifs mais sans retentissement sur la thyroïde.

P.-E. Morhardt.

T. Lindquist. ***Recherches sur la vitamine A dans la pneumonie*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 39, 25 Septembre 1937, p. 1345-1348). — Les recherches consacrées à la proportion de vitamines A existant dans le sang chez les patients atteints de maladies infectieuses sont assez rares. D'autre part la détermination du carotène du sang renseigne non seulement sur la vitamine A, mais sur les carotinoïdes totaux et par suite ne permet pas des conclusions bien précises. L. a étudié à ce point de vue 45 cas dont 33 de pneumonie lobaire, 11 de bronchopneumonie et un de gangrène pulmonaire. La méthode utilisée a été celle de van Eekelen et Emmerie. Elle a été la même pour le sang et pour l'urine.

Les chiffres trouvés, exprimés en unités internationales, ont varié 24 fois de 51 à 75, 10 fois de 0 à 50 et 5 fois de 76 à 100 pour 100 cmc de sang. Ces chiffres sont inférieurs à ce que les recherches de Schneider et Widmann, ou de Wendt par exemple, amènent à considérer comme la normale. D'ailleurs L. n'a trouvé qu'exceptionnellement chez des sujets sains des chiffres inférieurs à 100 unités. D'autre part, il a constaté que l'héméralopie commence à pouvoir se produire quand la teneur en vitamines A tombe à 75 unités pour 100 cmc de sérum. Dans ces conditions sur l'ensemble des pneumoniques examinés 75 pour 100 présentaient une carence de vitamines A.

Dans 2 cas où l'analyse put être faite avant l'apparition de l'affection pulmonaire, le taux de la vitamine du sérum était très élevé et s'abaissa appréciablement pendant la maladie. Dans un des autres cas où l'analyse fut faite à plusieurs reprises, on retrouva, par exemple, pendant la maladie 66 unités et puis après la chute de la fièvre 111 unités et finalement 327 unités. Sur les vingt cas sans complications, une élévation du même genre a été constatée après la convalescence. Cette augmentation est à la fois trop rapide et trop importante pour être attribuée au régime. On pourrait se demander si le poumon malade ne constitue pas des réserves de vitamines qui seraient remises en circulation pendant la résolution. Par ailleurs les modifications du taux de la cholestérine du sang n'expliquent pas non plus la cause de l'abaissement de la vitamine A.

Dans l'urine on trouve des taux de vitamines A assez modérés, ne contribuant que pour une très petite part à l'abaissement constaté dans le sang pendant la maladie.

Dans 12 cas il a été possible de déterminer la teneur en vitamines A du foie chez des sujets dont le sérum avait été soumis à la même analyse avant la mort. Les chiffres trouvés varient de 57 à 4000 unités par gramme et ils sont sans relation avec la durée de la maladie. Mais il semble bien qu'ils soient fortement abaissés par rapport à ce qui s'observe chez les sujets normaux.

P.-E. Morhardt.

R. Greving et **H. Regelsberger.** ***Le rythme alimentaire de l'hémogramme*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 40, 2 Octobre 1937, p. 1374-1380). — L'hémogramme représente un des critériums les plus délicats des modifications qui peuvent survenir dans l'organisme, notamment sous l'influence de la défense contre la maladie ou de la thérapeutique. En étudiant à ce point de vue les données sanguines, G. et R. ont constaté des variations quotidiennes rythmiques dont l'étude est facilitée par celle de la polarisation cutanée. Celle-ci permet effectivement de constater des variations post-digestives tout à fait parallèles aux variations leucocytaires et constituant une courbe quotidienne à deux sommets, parfois même à trois sommets, en relation avec les repas. Ce rythme se vérifie non seulement pour les leucocytes, mais aussi pour les érythrocytes.

D'un autre côté il faut rattacher les variations de la polarisation cutanée aux variations des impulsions qui émanent des centres nerveux et qui passent par les fibres des racines postérieures ou par la chaîne du sympathique. Il s'agit là de réflexes non pas conditionnels comme ceux de Pawlow, mais bien de réflexes inconditionnels et directement associés à l'ingestion d'aliments. On arrive à distinguer ces réflexes les uns des autres très simplement en faisant jeûner ou en déplaçant les heures des repas.

En ce qui concerne plus spécialement les globules blancs, on constate que les lymphocytes varient d'une façon frappante en même temps que la tension de l'acide carbonique alvéolaire. La proportion des lymphocytes serait donc une fonction de l'acidose. La leucocytose alimentaire globale est un phénomène très variable, influencé dans une grande mesure par des réflexes conditionnels.

Ces modifications de la leucocytose ont fait voir une alternance dans la dilution et la concentration du plasma sanguin. Or, le foie, à son tour, doit être considéré comme un des régulateurs principaux des échanges hydriques. Forsgreen a d'ailleurs établi comment cet organe intervient par son activité rythmique dans les variations de la teneur en eau du plasma. Par ailleurs, la rate, qui emmagasine des érythrocytes, doit être considérée comme l'organe responsable des variations des globules rouges dans le sang.

Certaines recherches ont montré que la courbe de la polarisation cutanée varie dans certains états pathologiques (constipation, colite, péritonite) entre la moitié supérieure et la moitié inférieure du corps. Dans ces états la courbe les lymphocytes est semblable à celle de la polarisation cutanée des jambes.

P.-E. Morhardt.

H. Brockmann. ***La question d'une différence quantitative d'action chez le nourrisson des vitamines antirachitiques D_2 et D_3*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 40, 2 Octobre 1937, p. 1383-1386). — Dans le rachitisme des rats la vitamine antirachitique de l'huile de foie de morue, l'ergostérine irradiée et le principe D_2 cristallisé ont une activité identique. Par contre, dans le traitement du rachitisme des poulets, ces substances n'ont pas le même effet. Des différences caractérisées ont été constatées par toute une série d'auteurs. Des recherches de ce genre n'ont jusqu'ici été poursuivies qu'en petit nombre dans le rachitisme des nourrissons. Ainsi, par exemple, Barners, Brady et James (1930) ont trouvé que si 1,4 unités rat d'huile de foie de morue guérit 95 pour 100 de cas de rachitisme chez l'enfant, par contre le viostérol à la dose de 1,25 unités rats n'en guérit que 44 pour 100. Ces faits amènent à distinguer parmi les principes antirachitiques actifs deux groupes. Le premier comprend l'huile de foie de morue et de thon, le lait et la cholestérine irradiés. Ces substances à des doses équivalentes en unités rat ont des effets identiques chez l'enfant. Par contre, l'ergostérine irradiée et le lait de vache alimentée avec des levures irradiées que constituent un 2° groupe ont une activité thérapeutique moindre. On a expliqué ces différences par la présence dans le second groupe d'un facteur phosphatique, par l'hypothèse selon laquelle le rachitisme humain serait dû à la carence simultanée de vitamines D et A et enfin par le fait que le facteur de l'huile de foie de morue et celui de l'ergostérine irradiée seraient chimiquement différents. C'est d'ailleurs cette dernière manière de voir qui s'est trouvée confirmée par les investigations chimiques et par la distinction entre les facteurs D_2 et D_3 dont le premier est très supérieur au second.

Etant donné ces considérations, B. a procédé à des recherches sur 21 cas de rachitisme non traités observés entre Février et Avril 1937. Le diagnostic de ces cas s'est fondé sur la présence de craniotabes, sueurs céphaliques, nouures, chapelet costal, ainsi que sur la radiographie du radius et les phosphates inorganiques du sang. Le produit utilisé a été une préparation de vitamine D_3 pure (vigantol) qui fut donné à la dose de 0,02 à 0,01 milligr. par jour et par kilogramme de poids. Le traitement fut poursuivi pendant 3 semaines ou un peu plus, l'enfant étant vu quotidiennement. L'alimentation ne comportait pas de beurre et il ne fut pas fait d'irradiation.

Il a été constaté ainsi que ces 21 cas de rachitisme sévère ou moyennement sévère ont guéri en 15 jours ou 3 semaines, avec la moitié ou les deux tiers de ce qui est considéré comme la dose limite inférieure de la vitamine D_2. Dans un cas la guérison n'était pas complète au bout de 3 semaines, mais se compléta spontanément peu après. Au cours de ces recherches cliniques, la supériorité du principe D_3 sur le principe D_2 s'est clairement manifestée, bien qu'il ne soit pas possible d'exprimer numériquement cette supériorité. La dose de 0,02 milligr. par kilogramme de poids du corps de D_3 doit en tout cas être considérée comme la dose thérapeutique suffisante pour le nourrisson.

Le travail se termine par les observations résumées des 21 nourrissons. P.-E. MORHARDT.

FORTSCHRITTE AUF DEM GEBIETE DER RŒNTGENSTRAHLEN (Leipzig)

H. Eschbach. ***A propos d'une technique particulière de radiographie pulmonaire en cas d'opacification massive et étendue (s'appliquant spécialement au diagnostic des cavernes)*** [*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, t. **56**, n° 4, Octobre 1937, p. 486-499]. — Si l'on se place au sens strict des mots, on peut dire qu'il n'existe pas actuellement de technique en radiologie pulmonaire, qui soit applicable à l'examen dans tous les cas de modifications pathologiques des champs pulmonaires.

Si la radiographie pulmonaire avec un rayonnement moyennement mou peut être considérée comme d'un emploi courant pour l'examen, s'appliquant à un grand nombre des sujets que l'on a à examiner, et si elle constitue actuellement la technique habituelle, elle ne permet pas d'obtenir des images satisfaisantes dans les cas où il existe des opacifications, souvent d'ailleurs massives, et ne fournit que des images insuffisamment détaillées ; cela tient notamment à deux facteurs : la sous-exposition, et la diffusion due au rayonnement secondaire, ainsi qu'il résulte des recherches expérimentales conduites par l'auteur à l'aide d'un fantôme. Ainsi l'utilisation du rayonnement généralement employé ne permet pas de tirer tout le profit que l'on est en droit d'attendre de l'examen radiologique.

Partant de ces faits, l'auteur a mis au point une technique personnelle qui, dans les cas où il existe des opacifications massives, même étendues, permet de mettre en évidence l'existence de cavernes et même de détails de structure. Il apporte à l'appui de ses recherches 6 observations où les résultats de cette technique ont joué au point de vue du diagnostic différentiel un rôle de toute première importance. MOREL KAHN.

THE MEDICAL JOURNAL OF AUSTRALIA (Sydney)

Val Mc Dowall (Sydney). ***Le cancer cutané et son traitement*** (*The medical Journal of Australia*, II° série, an. **24**, n° 6, 7 Août 1937, p. 210-218). — Le cancer de la peau paraît plus commun dans les régions tropicales et subtropciales du Queen's Land septentrional que dans les régions tempérées du sud.

Dans un seul cas, on a pu invoquer l'irritation par un corps chimique. Quant à l'exposition au soleil et à la chaleur, si elle était un facteur principal dans la production du cancer cutané, on s'expliquerait mal les différences de localisation entre l'ulcère rongeant et l'épithéliome squameux. Ce dernier a souvent son origine dans une vieille kératose cutanée, ou dans une cicatrice qui dégénère. Les irritations chroniques ou les traumatismes répétés, l'absence de propreté, l'exposition prolongée aux rayons X et au radium sont des causes d'épithéliomes.

Pendant l'année 1936, 650 malades ont été traités par des applications interstitielles de radium et 1831 par des applications en surface. Il s'agissait d'ulcère rongeant, 25 pour 100 de carcinomes de la peau, 55 pour 100 de carcinomes des lèvres. La récidive est survenue dans un peu moins de 5 pour 100 des cas et la mort, par développement secondaire, dans 4 pour 100 des cas, sur un total de 390 tumeurs squameuses traitées en 4 ans 1/2.

Les tumeurs à cellules de transition pour la même période sont au nombre de 26; 21 sont sans symptômes, il y a une récidive et 2 morts d'extension secondaire (pas de nouvelles de 2 malades).

440 tumeurs à cellules basales ont été traitées depuis la fin de 1933; on compte 91 pour 100 de guérisons ; récidives dans 4,75 pour 100 des cas; chez 2 pour 100, il n'y eut qu'un effet palliatif. Sur 114 kératoses, on a constaté 2 récidives, 5 malades ont succombé à une autre cause. ROBERT CLÉMENT.

LE SCALPEL (Bruxelles)

L. Michotte. ***Le traitement du rhumatisme goutteux par l'émanation de radium*** (*Le Scalpel*, t. 90, n° 41, 9 Octobre 1937, p. 1407-1419). — Le diagnostic du rhumatisme goutteux se fait en se basant sur les antécédents et la constitution du malade, la forme atténuée du rhumatisme, l'évolution des attaques, la présence éventuelle d'un tophus, la radiographie, les examens de laboratoire (taux de l'uricémie), épreuve d'élimination des urines d'Escudero.

M. fait absorber le radon par inhalation. L'émanation de radium accumulée pendant 24 heures dans une cuve fermée hermétiquement est entraînée par un courant gazeux d'oxygène ou d'air atmosphérique que l'on fait circuler au moyen d'une pompe aspirante et foulante. L'air de l'inhalatorium est chargé de 2.000.000 U.M. soit 11,24 U.M. au litre. Le sujet fait une moyenne de 15 à 30 séances de 1 heure à 1 heure et demie dans l'inhalatorium.

Le dosage de l'acide urique urinaire après une séance montre que, seuls, les rhumatisants goutteux ont éliminé des quantités considérables d'acide urique (2 gr. 20 à 3 gr. 20 pour 100). Dans deux cas où l'uricémie a été dosée, on a constaté après la séance un abaissement de celle-ci de 31 à 40 pour 100.

Parallèlement, il y a augmentation de la diurèse, sensiblement la même chez tous les sujets soumis à ce traitement.

Au cours de cette thérapeutique, le nombre des globules rouges reste assez stable, celui des leucocytes augmente dans la proportion de 17 à 50 pour 100.

L'inhalation d'émanation de radium est une médication active et non toxique qui permet de grands espoirs. Elle a donné à M. 75 pour 100 de succès. ROBERT CLÉMENT.

L. Delrez et **P. Desaive** (Liége). ***Modalités et résultats du traitement par les radiations des cancers du côlon terminal*** (*Le Scalpel*, t. 90, n° 42, 16 Octobre 1937, p. 1439-1446). — La radiothérapie des cancers rectaux n'en modifie guère le pronostic. Cependant, pour mieux juger la valeur de cette médication, il est nécessaire de connaître les facteurs capables de modifier la radiosensibilité relative des cancers rectaux, de mettre au point une technique parfaite d'irradiation des cancers inopérables (association de radium, de rayons X et de colostomie) et de faire systématiquement, chez tous les cancers rectaux opérés, une irradiation complémentaire dont les résultats seront peut-être intéressants.

Actuellement, si le cancer réalise les conditions locales et générales qui permettent de l'opérer, il faut procéder rapidement à l'intervention radicale.

Bien que l'on soit très mal renseigné sur les mérites de l'irradiation post-opératoire, il semble qu'il y ait intérêt à la conseiller.

Lorsqu'il s'agit de cancer inopérable et récidivant dans les formes hautes, on combinera à la colostomie, la curiethérapie, puis la rœntgenthérapie ou la télécuriethérapie; dans les formes basses, on peut se contenter de cette dernière association.

Chez 61 cancers du rectum, traités par les radiations seules ou en association avec un temps chirurgical, les résultats obtenus ont été essentiellement palliatifs, en raison de l'état de gravité des lésions à l'origine du traitement.

L'accroissement chez les irradiés du pourcentage des survivants à la fin de la première année plaide en faveur de l'irradiation du côlon terminal, précédé éventuellement d'une opération chirurgicale. ROBERT CLÉMENT.

JOURNAL BELGE DE GASTRO-ENTÉROLOGIE (Bruxelles)

G. Henry (Bruxelles). ***Un cas de cancer du rectum chez un enfant de 13 ans*** (*Journal belge de Gastro-Entérologie*, t. **5**, n° 7, Juillet 1937, p. 591-595). — Un enfant de 13 ans présenta d'abord de la diarrhée, 15 selles par jour, brunes, liquides, sans odeur, sans glaires ni sang. Selles impérieuses, ne provoquant pas de douleurs, ni avant, ni


Prévention et traitement des infections à streptocoques
par voie buccale
SEPTAZINE
(Benzyl-amino-benzène-sulfamide)
PRODUIT INCOLORE, INSIPIDE
MÉDICATION NON TOXIQUE
BIEN TOLÉRÉE PAR LE TUBE DIGESTIF
Comprimés à 0gr.50 (Tubes de 20)
POSOLOGIE · 4 à 10 comprimés pro die
par voie parentérale
SOLUSEPTAZINE
p.(γ phénylpropylamino)-phényl sulfamide α-γ disulfonate de sodium
SOLUTION AQUEUSE, INCOLORE, NEUTRE
PARFAITEMENT TOLÉRÉE PAR L'ORGANISME
Solution à 6% de sel
(Ampoules de 5 et 10 cc. (Boites de 5)
POSOLOGIE : 10 à 20 cc. pro die
INJECTIONS INTRAMUSCULAIRES
INTRAVEINEUSES & SOUS-CUTANÉES
TRAITEMENTS ASSOCIÉS
par voies buccale et parentérale
ODETTE ZÉAU
SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHONE
SPECIA
21, RUE JEAN GOUJON · PARIS (8e)

après. Six semaines plus tard, apparition de glaires blanchâtres, striées de filets de sang rouge; douleurs continues dans la fosse iliaque gauche. Amaigrissement de 6 kilogr. 900. Au toucher rectal, masse dure et zone d'infiltration diffuse. A la rectoscopie, masse rouge foncée saignant facilement.

L'intervention consiste en l'extirpation du rectum et de la portion terminale du sigmoïde par voie abdomino-péritonéale. Après des incidents post-opératoires: douleurs, vomissements, météorisme abdominal, tout rentre dans l'ordre. Le malade reprend du poids: 4 kilogr. entre Janvier et Avril. L'examen microscopique de la tumeur a montré qu'il s'agissait d'un cancer des glandes mucipares de l'intestin. Il est probable qu'il s'agit de la dégénérescence cancéreuse d'un polype. Celle-ci surviendrait dans 50 pour 100 des cas. Cependant, certains auteurs estiment très rare la dégénérescence néoplasique d'un polype solitaire, mais croient à sa fréquence en cas de polypose.

Robert Clément.

O HOSPITAL
(Rio-de-Janeiro)

Luiz Capriglioni. ***Maladie d'Albert Schomberg (marmoratose) et ostéosclérose en général*** (*O Hospital*, vol. **12**, nos 1, 2, 3, Juillet-Août-Septembre 1937). — Après avoir, à l'occasion d'un cas de maladie de A. Schomberg, passé en revue les différentes manifestations de la maladie de A. S., C. divise la marmorostéose en deux types: 1° idiopathique et 2° secondaire.

C. considère que la non-différenciation du mésenchyme entraîne 1° une carence dans la formation des vaisseaux; 2° une réduction de la moelle osseuse, et par cela même un manque de fixation du calcium. Il s'ensuit une plus grande sécrétion de phosphatases dans le tissu conjonctif et fixation par ce tissu du complexe calcaire.

Zadeck (cité par C.), dans un travail sur les anémies ostéosclérotiques, distingue l'ostéosclérose de Schomberg (provoquée par la différenciation défectueuse de la moelle osseuse primitive, et donnant lieu à une myélopoïèse extra-médullaire suivie d'une anémie hypochromique avec leucopénie et thrombopénie) des autres, dépendant selon lui d'une affection de la moelle osseuse (intoxication par le phosphore). Dans ces dernières, l'ostéosclérose représente un processus de cicatrisation secondaire par lymphadénose et myélose chronique.

L'anatomie pathologique nous montre un os lisse sans rugosités. Le périoste est parfois bombé par la compression de l'os juxta-périosté, mais est toujours intact. Parfois l'os est d'une solidité à toute épreuve; parfois, au contraire, il est fragile comme de la craie.

Les travées corticales sont très augmentées, et sont quantitativement et qualitativement altérées.

L'os a un aspect homogène, sans trame visible. Il arrive cependant qu'il subsiste des zones de raréfaction osseuse et, par conséquent, des petits îlots de tissu myéloïde.

La moelle osseuse présente de nombreux foyers hématopoïétiques du type érythroblastique comme dans l'anémie pernicieuse, et une diminution des mégacaryocytes qui peuvent augmenter certains phénomènes hémorragiques.

Toutes les parties mésenchymateuses peuvent être infiltrées de tissu osseux, d'où la calcification des cartilages, ligaments, etc.

Le pronostic de la maladie est avant tout fonction de l'âge du malade. Chez l'adulte, elle peut parfois passer inaperçue, mais généralement elle est bien tolérée. Chez l'enfant, le nourrisson ou même lorsque cette affection est découverte au cours de la vie intra-utérine, l'état de la maladie va en empirant. L'anémie, qui est ici précoce, devient pernicieuse. Le pronostic se base sur l'âge, l'hémogramme et le degré de marmorisation. Cependant, dans certaines ostéoscléroses secondaires, on peut assister à une stabilisation des lésions osseuses.

Le traitement varie suivant le mécanisme pathogénique de l'affection. Pour les auteurs invoquant un processus d'hyperparathyroïdisme, le traitement de choix est la parathyroïdectomie. Le traitement de l'anémie (par suite de la compression extrême de la moelle osseuse) par hépatothérapie est impuissant, de même que sont impuissantes les thérapeutiques glandulaires diverses.

Robert Coronel.

LAVAL MÉDICAL
(Québec)

M. Samson et **G. H. Larue** (Québec). ***Considérations sur l'entérite chronique cicatricielle à l'occasion d'une observation anatomo-clinique d'iléite terminale*** (*Laval médical*, t. **2**, n° 7, Septembre 1937, p. 212-220). — Un homme de 41 ans, dans les antécédents duquel on ne retrouve qu'une période de constipation et une de diarrhée, fut pris subitement d'une vive douleur abdominale avec vomissements glaireux et selles diarrhéiques sanglantes. Léger ballonnement de l'abdomen sans contracture, pas d'arrêt des gaz. Dans la nuit qui suit, le pouls devient rapide et le malade meurt. A l'autopsie on trouve un rétrécissement inflammatoire de la partie terminale de l'iléon. A ce niveau, la paroi est épaissie, blanchâtre, cartonnée; la séreuse rougeâtre renferme des ganglions hypertrophiés. Sur les 15 derniers centimètres de l'iléon, la lumière intestinale est considérablement diminuée et irrégulière.

L'entérite cicatricielle chronique est caractérisée par un processus inflammatoire, évoluant vers la cicatrisation fibreuse et la sténose intestinale. Son siège de prédilection est l'iléon terminal, mais elle peut intéresser d'autres segments de l'intestin.

Les symptômes le plus souvent observés sont la douleur sous forme de crampes, la diarrhée, la perte de poids et enfin la perception d'une masse abdominale. C'est l'examen radiologique qui fournit les renseignements les plus précis.

L'étiologie est inconnue.

Le traitement médical est purement palliatif. Malgré la possibilité rare de régression spontanée, le traitement doit être chirurgical: il consiste dans la résection du segment lésé.

Robert Clément.

UNION MÉDICALE DE CANADA
(Montréal)

A. Bertrand (Montréal). ***Diagnostic de la typhoïde et des paratyphoïdes par la méthode de Welch et Stuart*** (*L'Union médicale du Canada*, t. **116**, n° 6, Juin 1937, p. 639-642). — Les bacilles du groupe typhique-paratyphique possèdent au moins deux antigènes. L'un, appelé antigène « O », est stable et lixé sur le corps microbien, il caractérise le groupe. L'autre, appelé antigène « H », est instable et porté par les flagelles; il détermine l'espèce. Un individu inoculé avec des bacilles typhiques « mobiles » développe dans son organisme des agglutines H et O, alors que celui qui reçoit des bacilles « immobiles » de même espèce ne produit que des agglutinines O.

En s'appuyant sur ces données, Welch et Stuart ont mis au point une technique de séro-précipitation qui comporte 4 antigènes différents. Un antigène typhique O, un antigène typhique H, un antigène paratyphique A, un antigène paratyphique B. Sur une large lame de verre, sérum et antigène sont disposés de manière à donner à chaque antigène les dilutions suivantes: 1/20, 1/40, 1/80, 1/160, 1/320, 1/640. Après mélange et agitation des réactifs pendant quelques secondes, on fait la lecture par transparence. Les réactions positives, nettement visibles à l'œil nu, sont caractérisées par l'apparition de granulations plus ou moins marquées, selon le degré de dilution des sérums.

Quand les deux réactions sont positives, on peut affirmer la fièvre typhoïde; une réaction positive avec l'antigène O et négative avec l'antigène H permet d'écarter le diagnostic de fièvre typhoïde.

Cette épreuve essayée dans 5 cas a semblé fidèle. C'est une méthode rapide qui peut être intéressante.

Robert Clément.

THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES
(Philadelphie)

A. Smorodintseff, D. Tushinsky, I. Drobyshevskaya, A. Korovin et **I. Osetroff** (Léningrad). ***Recherches sur des volontaires infectés avec le virus de la grippe*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. **194**, n° 2, Août 1937, p. 159-170). — Sur 72 volontaires auxquels on fit inhaler de fortes doses de virus grippal de Léningrad ou de virus WS de Smith-Andrewes, 20 pour 100 présentèrent des signes cliniques et hématologiques semblables à ceux qui se voient dans la grippe bénigne. Etant donné que seuls certains des volontaires furent infectés et qu'ils n'eurent qu'une forme bénigne, il est évident que l'inhalation de doses mêmes fortes de virus préalablement adapté aux furets et aux souris est relativement inoffensive pour l'homme.

La production de la maladie expérimentale se montra en rapport avec la quantité d'anticorps spécifiques contenus dans le sang des volontaires. Tous les sujets qui présentèrent des signes cliniques de grippe avaient un taux peu élevé de substances virulicides dans le sang avant la contamination. Par contre, la plupart des volontaires qui ne réagirent pas à l'introduction du virus avaient beaucoup d'anticorps avant l'inhalation.

Un grand nombre de sujets réagirent à l'inhalation du virus par l'augmentation des anticorps neutralisants du sang. Une augmentation particulièrement forte fut constatée chez les volontaires présentant des signes cliniques de grippe. On peut trouver dans l'inhalation du virus ayant passé par la souris ou le furet la base d'une méthode destinée à diminuer la susceptibilité humaine à la grippe.

Le virus adapté au furet et à la souris semble avoir perdu sa virulence initiale pour l'homme et être incapable de se multiplier ensuite dans l'organisme humain. Ce qui l'indique, c'est que si on dépose une suspension de poumon de souris malade sur la muqueuse respiratoire de l'homme, le virus ne se multiplie pas et même meurt au bout de quelques heures. On put constater aussi qu'il ne se produisit pas chez les volontaires d'activation du pouvoir pathogène des microorganismes tels que le pneumocoque, le B. de Pfeiffer et les streptocoques hémolytiques, fait si habituel dans les épidémies de grippe.

P.-L. Marie.

M. G. Hayes, J. R. Pastor, L. R. Gaetan, R. S. Cory et **E. R. Long.** ***La sensibilité de la peau à la tuberculine dans la tuberculose chronique au cours du traitement à l'hôpital. Sa mesure au moyen d'une tuberculine titrée*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. **194**, n° 2, Août 1937, p. 220-229). — Les fluctuations de l'intensité de la réaction de la peau à la tuberculine furent étudiées au moyen d'intradermo-réactions mensuelles chez 116 tuberculeux pulmonaires chroniques hospitalisés. 20 malades demeurèrent en observation pendant un an environ et 67 pendant plus de 4 mois. Pour assurer l'uniformité des mesures, on employa constamment une tuberculine titrée spéciale. Deux doses furent faites chez chaque malade : 0 milligr. 00002, dose-type initiale, et le dixième de cette dose-

type. Dans la plupart des cas l'une ou l'autre de ces doses décelèrent le seuil de la réaction.

Le niveau de la sensibilité à la tuberculine se montra bas en général. On ne nota jamais de fortes réactions. Parmi les 20 malades observés pendant un an on ne constata jamais une réaction supérieure à + + avec la dose de tuberculine la plus forte. Chez 8 des 116 patients la réaction se montra constamment négative aux deux doses durant tout leur séjour. 27 pour 100 de tous les malades ne réagirent pas à la plus forte dose et 72 pour 100 à la plus faible pendant les deux tiers de leur séjour.

Parmi les 67 patients examinés à 5 reprises mensuelles ou plus, plus de la moitié conservèrent à peu près le même niveau de sensibilité; il en fut de même chez 12 malades sur les 20 suivis pendant un an. Chez les autres les fluctuations furent d'un caractère inconstant, mais certaines tendances déterminées s'observèrent. Tandis que, comme on le sait bien déjà, les malades chez lesquels l'évolution est fâcheuse tendirent à perdre leur sensibilité à la tuberculine à l'approche de la terminaison fatale, on nota également une baisse continue nette de la sensibilité chez des patients ayant une tuberculose chronique de longue durée, mais d'évolution relativement assez favorable. D'autre part, une augmentation transitoire ou durable de la sensibilité se produisit chez de nombreux malades présentant une amélioration clinique.

Plus spécialement étudié fut l'effet des thérapeutiques particulières sur la réaction, ainsi que celui des incidents tels que la dissémination de la tuberculose dans le poumon et les épanchements pleuraux. Le pneumothorax par lui-même se montra sans effet notable. Dans le petit nombre de cas de thoracoplastie observés une baisse de sensibilité se produisit à la suite de l'opération. Le plus souvent l'apparition d'un épanchement pleural fit baisser la sensibilité de la peau.

On ne put établir aucun rapport entre la sensibilité de la peau à la tuberculine et la courbe fébrile; on ne constata pas non plus d'influences saisonnières. P.-L. Marie.

THE JOURNAL of EXPERIMENTAL MEDICINE (Baltimore)

K. Landsteiner et **M. W. Chase.** ***Recherches sur la sensibilisation des animaux provoquée par des composés chimiques simples*** (*The Journal of experimental Medicine*, t. **66**, n° 3, Septembre 1937, p. 337-353). — L. a déjà montré que l'on pouvait sensibiliser le cobaye par administration préalable par voie cutanée de divers composés chimiques simples, tels que la dinitrosodiméthyl-aniline et le 2:4 dinitro-chloro-benzène. Une étude des divers nitro-chloro-benzènes révéla le parallélisme existant entre le pouvoir sensibilisant et la réactivité chimique, ce qui laisse penser que les effets de sensibilisation sont dus à des antigènes conjugués formés *in vivo*. De fait, des antigènes artificiellement conjugués (azoprotéines) peuvent sensibiliser à l'égard du conjugué, les réactions étant spécifiques pour la substance liée à la protéine; mais il restait à prouver directement que la sensibilisation à des substances simples pouvait dépendre de la formation de tels antigènes.

Les expériences relatées ici montrent que certaines substances chimiques simples, en l'espèce le chlorure de picryle et le 2:4 dinitro-chloro-benzène, qui provoquent chez l'homme de l'hypersensibilité se manifestant par de la dermite, injectées en petite quantité chez le cobaye par voie intradermique, produisent à la fois de l'hypersensibilité de la peau et une sensibilisation anaphylactique véritable que l'on peut mettre en évidence, soit par l'injection intraveineuse de conjugués de ces substances avec les albuminoïdes du sérum de cobaye ou de cheval, soit par la méthode de Dale en utilisant la corne isolée de l'utérus en présence de ces conjugués protéiniques.

Ces résultats indiquent qu'il se forme des conjugués protéiniques à la suite de l'application de substances chimiques de constitution simple. Puisque l'état d'anaphylaxie est créé par la même méthode d'administration qui produit la sensibilisation cutanée, il semble justifié d'admettre, si l'on prend en considération les propriétés chimiques des substances provocatrices, que la formation d'antigènes conjugués explique également les effets exercés sur la peau.

Dans les expériences avec le chlorure de picryle L. et C. ont pu démontrer la présence d'anticorps anaphylactiques, et parfois de précipitines.

L. et C. discutent au sujet des différences constatées entre les deux types de sensibilisation, anaphylactique et cutanée, chez les animaux préparés par les injections intradermiques de ces corps chimiques. P.-L. Marie.

THE JOURNAL OF NERVOUS AND MENTAL DISEASE (New-York)

William Needles. ***Les tumeurs malignes du nasopharynx*** (*The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. **86**, n° 4, Octobre 1937, p. 373-399). — De l'observation de 35 cas de tumeurs malignes du nasopharynx, N. rapporte ses impressions personnelles comparées aux cas antérieurement publiés dans la littérature.

Ce sont des tumeurs rares, plus fréquentes dans le sexe masculin, survenant à tous les âges, mais surtout entre 50 et 60 ans.

Leur symptomatologie est variable, prêtant aux erreurs de diagnostic, assez nombreuses semble-t-il. Il convient d'insister sur l'absence fréquente de symptômes locaux, la fréquence des métastases ganglionnaires du cou, et la prééminence des signes d'atteinte de l'oreille moyenne dus à l'envahissement ou à la compression par la tumeur de la trompe d'Eustache.

Sur ces 35 cas, 16 présentaient des symptômes neurologiques. Ce sont des signes de compression des nerfs qui émergent de l'étage moyen de la base du crâne. La Ve et la VIe paire sont les plus fréquemment atteintes, puis viennent la IIIe et la IVe. Les troubles de l'audition, bruits subjectifs ou surdité sont le fait d'une compression de la trompe d'Eustache, car la VIIIe et la VIIe paire sont habituellement épargnées. Plus rarement on peut rencontrer des signes d'hypertension intracrânienne, des modifications du liquide céphalorachidien. Le syndrome de Claude Bernard-Horner peut se rencontrer, lié à une irritation des fibres sympathiques qui accompagnent la Ve paire, ou à leur compression au cou par les masses ganglionnaires.

En présence de ces symptômes, on devra donc toujours penser à la possibilité d'une tumeur maligne du nasopharynx, même en l'absence de signes nasopharyngés.

Ces tumeurs, qui sont histologiquement des lympho-épithéliomes, sont très radiosensibles. Les travaux de Schmincke, de Regaud, de New, montrent que la survie des cas irradiés est beaucoup plus longue que celle des cas qui ne l'ont pas été. Sur 194 cas, New montre que la survie des cas non traités fut de 6,8 mois, et celle des cas traités de 34,4 mois. H. Schaeffer.

Henry Newman et **John Card.** ***Le mécanisme de la tolérance à l'alcool éthylique*** (*The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. **86**, n° 4, Octobre 1937, p. 428-441). — Le fait que les sujets accoutumés à l'intoxication éthylique supportent mieux cette intoxication que les abstinents est une opinion habituellement admise, mais le mécanisme de cette tolérance acquise reste jusqu'ici inconnu.

On a invoqué l'absorption plus rapide de l'alcool par le tube digestif des sujets intoxiqués que des abstinents. Et de fait l'expérience montre chez le chien que l'alcool passe aussi rapidement dans le sang qu'il pénètre par le tube digestif ou par voie sanguine chez les sujets intoxiqués, alors que chez les abstinents l'alcool ingéré par voie digestive passe plus lentement dans le sang.

On a émis également l'hypothèse que chez les intoxiqués l'alcool brûle plus vite dans l'organisme. Et en effet chez ceux-ci les courbes montrent que le taux d'alcool dans le sang après injection ou ingestion baisse plus rapidement que chez les abstinents.

On a émis l'hypothèse d'une tolérance plus grande des tissus chez les intoxiqués, d'une résistance moins grande de la barrière hémato-encéphalique à l'alcool. Et en effet les animaux habitués à l'alcool, pour une même dose de toxique, sont plus rapidement en état d'ébriété et sortent plus rapidement de cet état. Ce fait semble d'ailleurs en contradiction avec l'opinion que les sujets intoxiqués supportent mieux l'alcool que les abstinents.

Il semble donc acquis qu'il existe chez les sujets habitués une tolérance acquise pour des concentrations modérées d'alcool, mais non pour les doses anesthésiques. Quant au mécanisme de cette tolérance, on ne sait encore si elle est due à une modification de la perméabilité du tissu nerveux, à une augmentation de la tolérance cellulaire, ou à une compensation des mécanismes psycho-moteurs. H. Schaeffer.

THE JOURNAL OF THORACIC SURGERY (Saint-Louis)

S. O. Freedlander et **S. E. Wolpaw** (Cleveland Ohio). ***Un groupe contrôle pour l'étude des résultats à distance de la thoracoplastie. — Une analyse du sort des patients qui ont refusé l'opération*** (*The Journal of thoracic Surgery*, vol. **6**, n° 5, Juin 1937, p. 477-490). — Le travail que présentent F. et W. porte sur 85 malades opérés de thoracoplastie de 1932-1934 inclusivement et sur un groupe de 58 malades qui pendant cette même période ont refusé l'opération.

Ce travail présente un très grand intérêt. Il montre que si on étudie la statistique totale sans tenir compte des cas particuliers, 66 pour 100 des malades opérés ont été guéris ou améliorés.

61 pour 100 des malades non opérés se sont aggravés ou sont morts.

Si on distingue parmi les cas chroniques les bons et les mauvais cas, on constate pour les bons cas que 75 pour 100 des malades opérés ont été guéris ou améliorés, que 47 pour 100 des malades non opérés sont morts ou aggravés, tandis que pour eux la guérison ou l'amélioration n'a été que de 17 pour 100.

Si on envisage les mauvais cas, la proportion est encore de 57 pour 100 pour les malades opérés qui ont guéri ou se sont améliorés; elle tombe à 3 pour 100 pour ceux qui ont refusé l'opération et parmi ceux-ci 77 pour 100 se sont aggravés ou sont morts.

Ces chiffres nous dispensent de tous commentaires et sont le meilleur plaidoyer qu'on puisse faire en faveur de la thoracoplastie auprès de ceux qui sont encore hésitants, mais dont le nombre diminue chaque jour. A. Maurer.

THE LANCET (Londres)

G. Bourne, R. B. Scott et **E. Wittkower.** ***Le facteur psychologique dans la cardialgie*** (*The Lancet*, n° 5950, 11 Septembre 1937, p. 609-613). — D'une façon générale, les malades atteints de cardialgie présentent plus de troubles névropathiques que ceux atteints de lésions cardiaques indolores.

C'est ainsi que sur 25 cas d'angine de poitrine d'effort, 19 malades étaient atteints de troubles névropathiques, anxiété, hystérie, dépression, démence sénile, etc... Sur 9 cas d'angine spasmodique, il y avait 9 cas de troubles nerveux. Sur 23 cas de fausse angine de poitrine, 21 malades étaient atteints de troubles névropathiques avec une prédominance d'états anxieux, d'hystérie. Les cas légers de cardialgie semblent surtout s'accompagner de troubles nerveux, mais la cardialgie peut également déclancher un état d'anxiété. De là la difficulté de savoir si un malade souffrant de cardialgie est atteint ou non d'une affection grave du cœur.

André Plichet.

E. Wittkower. ***Le facteur psychologique dans les cardialgies*** (*The Lancet*, n° 5951, 18 Septembre 1937, p. 665-670). — Le facteur psychologique joue un rôle considérable dans les cardialgies. Il est incontestable que certains types constitutionnels, certaines races, certaines professions sont plus fréquemment que d'autres atteints de douleurs angineuses et dans la vraie angine de poitrine, les émotions aussi bien que les efforts physiques peuvent déclancher une crise.

Chez 73 malades atteints de cardialgie, y compris des cas de coronarite, de lésions valvulaires, de syphilis cardio-aortique, d'hypertension, W. trouva 48 malades atteints de troubles névropathiques. 32 souffraient d'anxiété, 8 de cénestopathie, 3 étaient des obsédés et 3 des déprimés et, sur ces 48 malades, 36 se plaignaient de leurs troubles nerveux avant de souffrir de cardialgie.

Un traitement psychothérapique est justifié chez ces malades, même chez les sujets atteints d'angine d'effort.

André Plichet.

De Wesselow et **W. J. Griffits.** ***L'action des sérums diabétiques et normaux sur le glycogène du foie des animaux « in vivo » et « in vitro »*** (*The Lancet*, n° 5951, 18 Septembre 1937, p. 670-673). — L'injection de sérum humain récolté chez l'individu à jeun, à des rats, est suivi d'une réduction de leur glycogène hépatique. Le pourcentage de cette réduction est le même avec des sérums normaux et des sérums diabétiques. Le sérum humain accélère la glycogénolyse dans le foie des lapins *in vitro*, mais il n'a aucune action sur le foie des rats.

Il semble improbable que les effets de l'injection du sérum sur le glycogène du foie du rat soient dus a des ferments amylolytiques du sérum.

André Plichet.

S. Zuckerman. ***L'inhibition de la menstruation et de l'ovulation par le propionate de testostérone*** (*The Lancet*, n° 5951, 18 Septembre 1937, p. 676-680). — L'administration de 25 milligr. de propionate de testostérone, deux fois par semaine, à un singe rhesus femelle, normalement développé, arrête le cycle menstruel pendant la durée des injections, même si on les prolonge pendant 7 mois.

Les organes internes de reproduction ne sont pas lésés par ce traitement car la menstruation réapparaît une semaine après la dernière injection. L'évolution du folllicule et la lutéinisation sont toutes deux inhibées. A part une augmentation du volume du clitoris, on ne trouve aucune autre modification des organes génitaux.

Puisque les effets masculinisants du propionate de testostérone paraissent contrôlables, on pourrait envisager son emploi pour provoquer une stérilité temporaire ou pour arrêter une hémorragie interne.

André Plichet.

Stanley J. Hartfall, H. G. Garland et **W. Goldie.** ***Le traitement chrysothérapique des arthrites. Revue de 900 cas traités*** (*The Lancet*, n° 5954, 9 Octobre 1937, p. 838-842). — En 4 ans, ce traitement a été appliqué à 900 malades atteints d'arthrite, dont 750 étaient des rhumatisants chroniques.

Dans 80 pour 100 des cas, il y eut soit une guérison apparente soit une amélioration remarquable. Chaque malade suivit au moins deux séries d'injections. Mais 40 pour 100 des malades traités eurent des réactions toxiques.

Parmi celles-ci les plus fréquentes furent les éruptions cutanées consistant en prurit avec ou sans érythème suivi ou non de desquamation, des ulcérations buccales, des troubles intestinaux, colite, nausées, diarrhée, vomissements, jaunisse.

Les troubles du sang furent rares : un cas d'agranulocytose, 2 cas de purpura et 2 cas d'anémie. Il n'y eut que 13 cas de néphrite dont 2 très graves.

Sur l'ensemble des malades traités durant ces 4 ans, il n'y eut que 20 cas de morts dont 7 cas peuvent être attribués au traitement.

Il est difficile de prévoir ces complications toxiques, certains sujets ayant une idiosyncrasie à l'or, mais elles ne doivent pas contre-indiquer ce traitement, qui reste un des meilleurs que l'on ait contre le rhumatisme chronique.

André Plichet.

NEDERLANDSCH TIJDSCHRIFT VOOR GENEESKUNDE (Amsterdam)

G. O. E. Lignac et **P. H. Teunissen.** ***Contribution à la connaissance des lipoïdoses phosphatidiques*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t 81, n° 30, 24 Juillet 1937, p. 3538-3547). — L. et T. rappellent que parmi les lipoïdes on distingue les phosphatides (lécithine, céphaline, sphingomyéline), les cérébrosides (cérasine, phrénosine, cérébron), les sulfatides encore insuffisamment connus et enfin les stérines (cholestérol). Les lipoïdoses sont en conséquence réparties en trois groupes : les lipoïdoses phosphatidiques (maladie de Niemann-Pick et maladie de Tay-Sachs), les lipoïdoses cérébrosidiques (maladie de Gaucher) et les lipoïdoses cholestériniques (maladie de Hand-Schüller-Christian, xanthomatose généralisée). L. et T. donnent ensuite l'observation d'une maladie de Niemann-Pick chez une fillette de 6 mois à l'aspect hébété, à température variant de 39° à 40°, dont la mort survint rapidement avant qu'on ait pu faire ni examen clinique détaillé, ni diagnostic clinique précis. A l'autopsie on constata que le foie s'étendait jusqu'au niveau de l'ombilic et pesait 438 gr., ce qui explique, étant donné la splénomégalie (85 gr.) et le météorisme intestinal existant par ailleurs, que deux hernies soient survenues pendant la vie. Le thymus, les glandes surrénales, les ganglions lymphatiques étaient également augmentés de volume. L'examen histologique des tissus montra que ces augmentations de volume étaient dues à la présence de substances solubles dans l'alcool-éther. En particulier les cellules réticulaires de la rate avaient pris une structure spumeuse.

L'examen chimique établit qu'il s'agit d'une lipoïdose phosphatidique du type Niemann-Pick. On retrouve en effet, dans le foie, surtout des phosphatides (0,23 de P contre 0,05 pour 100, chiffre normal), de la lécithine (9,98 pour 100 contre 1,60) et de la sphingomyéline (23,5 pour 100 contre 1,4). Cependant on y trouve également une proportion non négligeable de cholestérol (1,50 pour 100, contre 1,03 chiffre normal) qui peut être apparu secondairement. Ce fait montre que le schéma ordinairement adopté pour diviser les lipoïdoses est peut-être trop strict.

A cette occasion il est publié les résultats de l'analyse d'une rate conservée pendant 4 ans dans l'alcool, provenant d'un cas de maladie de Gaucher et contenant 2,11 pour 100 de lécithine, 2 pour 100 de sphingomyéline, 1,76 pour 100 de cholestérol et 14 pour 100 de cérasine.

P.-E. Morhardt.

NORDISK MEDICINSK TIDSKRIFT (Oslo)

M. Gustaf F. Gothlin. ***La fragilité des capillaires est-elle un symptôme du manque de vitamine C chez l'homme?*** (*Nordisk medicinsk Tidskrift*, n° 43, 23 Octobre 1937, p. 1733-1741). — G. décrit sa méthode de 1930, inventée pour avoir un test clinique de scorbut latent et perfectionnée depuis. Bien que l'identification de la vitamine C et l'invention de méthodes directes pour en déterminer le contenu dans le sang et l'urine aient été faites depuis, G. considère que sa méthode est encore utile comme test clinique et en médecine sociale.

Avec cette méthode comme critère, G. fixe le besoin quotidien, absolument nécessaire à l'homme adulte, à :

1° La quantité de vitamine C contenue en 0,7-1,0 cmc de jus d'oranges fraîches méditerranéennes par kilogramme (avant l'identification de la vitamine C) ;

2° La quantité de 0,30-0,48 milligr. d'acide ascorbique pur, donné *per os*, par kilogramme (après l'identification de la vitamine C).

J.-H. Vogt.

A. Veiby-Christensen et **Egon Bruun.** ***Recherches sur des altérations du sang chez des rhumatisants par application locale de froid*** (*Nordisk medicinsk Tidskrift*, n° 45, Novembre 1937, p. 1816-1822). — Ces recherches sont inspirées par celles de Buchstab qui, en 1935, rapporta que des malades souffrant d'affections rhumatismales ont une modification considérable du nombre des leucocytes dans le sang des capillaires du doigt quand on applique au pli du coude un peu de gaze imbibée avec 50 cmc d'éther.

V.-C. et B. n'ont pas pu confirmer la découverte de Buchstab, la réaction ne montrant pas la spécificité annoncée.

V.-C. et B. ont, de plus, étudié s'il existe une variation dans la vitesse de sédimentation des globules rouges dans ces mêmes conditions. Ils ont examiné 36 arthrites infectieuses et 15 cas de fièvre rhumatismale avec 7 cas d'ostéoarthrose et 12 cas d'autres maladies comme contrôle. Ils trouvent qu'une labilité de la vitesse de sédimentation rend le diagnostic d'arthrite infectieuse vraisemblable, tandis qu'un cas de douleur des articulations avec stabilité de la vitesse de sédimentation n'est vraisemblablement pas de nature infectieuse.

J.-H. Vogt.

M. Gabriel Langfeldt. ***Le quotient entre le sucre sanguin et le sucre du liquide céphalo-rachidien dans les affections mentales*** (*Nordisk medicinsk Tidskrift*, n° 47, 20 Novembre 1937, p. 1893-1898). — D'après Bredmose (1935) on peut obtenir un appoint important pour le diagnostic de démence précoce par l'élévation de ce quotient, surtout au commencement de la maladie.

L. a fait des recherches approfondies sur cette question, mais ne peut pas confirmer les résultats de Bredmose et de Munch-Pettersen. L'élévation du quotient chez les malades de L. s'explique le plus souvent par des affections fortuites, non psychosiques, capables de donner cette élévation : hypertension, infections, intoxications, etc...

J.-H. Vogt.

NORSK MAGASIN for LAEGEVIDENSKAPEN (Oslo)

M. Bjarne Dahl. ***Recherches anatomiques et expérimentales sur les hémorragies dites de Berner-Duret, spécialement sur leur importance médico-légale et leur relation avec la commotion cérébrale*** (*Norsk Magasin for Lægevidenskapen*, n° 11, Novembre 1937, p. 1347-1371). — O.

Berner a décrit dans de nombreux articles (entre autres dans *La Presse Médicale*, 1936) des hémorragies du IVe ventricule et de l'aqueduc de Sylvius. Il les identifie avec les hémorragies de Duret expérimentalement provoquées sur des chiens. Il leur attribue de l'importance pour la pathogénie de la commotion cérébrale et de la mort par asphyxie. D. trouve ces hémorragies chez 50 cadavres. Il a trouvé ces hémorragies microscopiques dans de nombreuses parties de la pie-mère et du cerveau, et presque constamment dans le IVe ventricule au devant des stries acoustiques. Leur origine est veineuse.

D. a aussi fait des expériences sur des animaux, et a entre autres refait les expériences de Duret et celles de Breslauer.

Il conclut que les hémorragies décrites par Duret et celles décrites par Berner ne sont pas identiques; les hémorragies de Berner sont dues à un mécanisme agonique, et n'ont pas d'importance comme cause de la mort par asphyxie ou par commotion cérébrale. J. H. Vogt.

POLSKA GAZETA LEKARSKA
(Lwow)

J. V. Jankowski. ***Irradiation du sang circulant par les rayons ultraviolets*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. **16**, n° 15, 11 Avril 1937, p. 280-281). — Pour suppléer à la faiblesse du pouvoir de pénétration des rayons ultraviolets, afin d'utiliser au maximum leur action, J. réalise un dispositif spécial grâce auquel il lui est possible d'irradier directement le sang en circulation. L'appareil consiste en un tube de quartz de 5 cm. de longueur et de 1 millim. de diamètre qui est adapté entre l'aiguille à ponction veineuse et une seringue de Ricord. Au-dessus du tube on place une lampe de quartz à une distance de 15 à 25 cm. Le sang est aspiré lentement dans la seringue sous l'action des rayons et réinjecté aussitôt dans la veine. La manœuvre est répétée à plusieurs reprises de façon à irradier un volume de sang allant de 100 à 300 gr. J. applique cette méthode chez 19 rhumatisants, dans 6 cas d'anémie aiguë et dans 3 cas de septicémie. Il enregistre à son actif l'action stimulante générale, la diminution des douleurs articulaires et de l'œdème périarticulaire. Dans les anémies, l'influence régénératrice sur le sang est manifeste, bien qu'on pouvait espérer une action plus prononcée. Au cours des septicémies, les résultats ont été négatifs. Fribourg-Blanc.

Mlle J. Hurynowicz et **M. Rubinstein.** ***L'influence des électrolytes (Ca et Mg) sur la chronaxie du système vestibulaire de l'oreille*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. **16**, n° 19, 9 Mai 1937, p. 351-353 et n° 20, 16 Mai 1937, p. 373-375). — H. et R. étudient l'action des électrolytes sur la chronaxie du nerf vestibulaire en fonction des ions de calcium et de magnésium dans le sang. Les expériences sont faites sur les lapins. Les résultats démontrent que: 1° Les sels de calcium abaissent la chronaxie vestibulaire. 2° L'oxalate de soude a une action inverse. 3° Le sulfate de magnésium détermine l'élévation de la chronaxie vestibulaire. Le magnésium se montre ainsi être l'antagoniste du calcium. 4° Les modifications chronaximétriques à l'égard de ces électrolytes sont transitoires. Deux heures après le début des expériences les réactions sont normales. 5° Les réactions diffèrent dans leur intensité, leur durée et leur évolution suivant la nature de l'électrolyte. Cette différence est particulièrement sensible après les injections de sulfate de magnésium. Fribourg-Blanc.

Mme C. Robinson. ***Les ombres annulaires du poumon et leur disposition*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. **16**, n° 25, 20 Juin 1937, p. 469-470). — Chez une fillette de 7 ans, dont R. rapporte l'histoire détaillée, la radiographie pulmonaire a révélé l'existence d'ombres annulaires multiples. L'évolution de la maladie, appuyée par une discussion détaillée du diagnostic différentiel, démontrait qu'il s'agissait chez la jeune malade d'un processus tuberculeux évoluant sous une forme bénigne de tuberculose cavitaire. R. souligne la bénignité du processus au cours duquel, bien que les multiples lésions destructives aient pris une extension importante, une guérison rapide et presque intégrale a pu être obtenue, permettant à l'enfant de faire les frais d'une scarlatine sévère sans la moindre complication du côté de l'appareil pulmonaire. Fribourg-Blanc.

GRUZLICA
(Varsovie)

Mme Ch. Dering-Ossowska. ***Les ombres annulaires du poumon chez l'enfant*** (*Gruzlica*, t. **12**, n° 2, p. 108-128). — Les ombres annulaires qui se rencontrent sur les radiographies pulmonaires des enfants peuvent être classées en deux groupes: 1° les ombres d'origine primitive ou congénitale; 2° les ombres secondaires, acquises au cours de la vie extra-utérine. Le premier groupe comprend les kystes bronchiques, les bronchiectasies et les adénomes broncho-pulmonaires. Le second groupe est formé par les ombres annulaires d'origine pulmonaire: cavités tuberculeuses, abcès pulmonaires évacués, bronchiectasies, foyers d'atélectasie médiastinale, kystes pulmonaires post-inflammatoires, cavités hydatiques évacuées. Les altérations pleurales peuvent également donner lieu aux ombres annulaires dues aux brides adhérentielles et aux dépôts fibreux. A proximité des hiles, l'image vasculaire peut former de fausses ombres annulaires. Quelquefois, les hernies intestinales et la poche à air de l'estomac peuvent être à l'origine des ombres annulaires. La détermination de la nature de ces ombres radiologiques est importante au point de vue du pronostic.

Ce travail est illustré de nombreuses reproductions radiologiques. Fribourg-Blanc.

MEDYCYNA
(Varsovie)

St. Januszkiewicz. ***Conditions de visibilité des ascaris sur les images radiologiques*** (*Medycyna*, n° 13, 4 Juillet 1937, p. 458-460). — J. rapporte la démonstration, appuyée par les reproductions d'images radiologiques, que le tube digestif de l'ascaris peut être rempli par la bouillie barytée. Il paraît désormais certain que les traînées spéciales visibles radiologiquement dans le tube digestif des hommes porteurs de ce parasite constituent l'image du conduit digestif du ver. Pour augmenter la visibilité des ascaris sur les radiographies, J. administre aux malades la bouillie barytée pendant deux jours et demi, à raison d'une cuillerée à soupe toutes les demi-heures. Fribourg-Blanc.

I. Himmel et **A. Zlotnik.** ***De l'action de l'acide D-galacturonique dans l'intoxication par la toxine diphtérique*** (*Medycyna*, n° 13, 4 Juillet 1937, p. 466-469). — Dans une série d'expériences effectuées sur des cobayes, H. et Z. démontrent que l'acide D-galacturonique administré au cours des 24 premières heures peut neutraliser *in vivo* la dose mortelle de toxine diphtérique. Toutefois certaines conditions sont indispensables. Une trop grande quantité de toxine (4 fois la dose mortelle) ou une dose de cet acide injectée en proportion insuffisante par rapport à la toxine conduisent à un échec inévitable sans distinction de la façon dont l'acide D-galacturonique est administré. Certains animaux ont présenté des escarres qui se sont produites exclusivement au lieu où avait été pratiquée l'injection de la toxine.

Fribourg-Blanc.

BRATISLAVSKE LEKARSKE LISTY
(Bratislava)

O. Felsenfeld (Kosumberk, Tchécoslovaquie). ***Les races de staphylocoques et leurs toxines dans l'ostéomyélite*** (*Bratislavske Lekarske Listy*, t. **17**, n° 9, Septembre 1937, p. 422-430). — F. étudie 104 souches de staphylocoques, isolées du pus et d'autres produits chez des malades atteints d'ostéomyélite, en vue d'en établir les propriétés. Dans 12 souches hémolytiques, l'hémolysène, la nécrotoxine et la staphylokinase ont été examinées en détail, ainsi que la capacité de défense immunotrologique à leur égard.

Des expériences de dissociation microbienne ont été effectuées avec 9 souches.

La coloration des staphylocoques ne constitue pas une propriété fixe. Les différences quantitatives dans les caractères biologiques des souches témoignent qu'il n'existe pas un type rigoureusement déterminé. La distinction des formes S et R suffit pour la clinique.

La forme agressive ressortit à la race hémolytique; associée à de nombreux autres ferments, elle se développe le plus souvent en cultures jaunes et la brève dénomination « staphylocoque hémolytique » pourrait lui être affectée. Les dites propriétés font totalement ou partiellement défaut au staphylocoque non hémolytique. On observe beaucoup de formes intermédiaires, surtout en culture.

Pour la prophylaxie et la thérapeutique, il est fait usage du vaccin. En raison des bons résultats obtenus dans les expériences sur les animaux, l'anatoxine fait aussi depuis peu l'objet d'essais cliniques. M. Guibé.

ARCHIVOS URUGUAYOS DE MEDICINA, CIRURGIA Y ESPECIALIDADES
(Montevideo)

B. Rodriguez et **H. Ilaria.** ***Syndrome hémichoréique transitoire, consécutif à une revaccination anti-variolique*** (*Archivos Urugayos de Medicina, Cirurgia y Especialidades*, t. 9, n° 5, Novembre 1936, p. 602-613). — R. et I. rapportent le cas d'un enfant de 13 ans, bien constitué, ne présentant dans ses antécédents personnels et familiaux rien de remarquable, sinon une légère nervosité, et qui, 5 jours après une revaccination jennérienne, présente quelques troubles nerveux et une légère hémi-chorée. Celle-ci n'intéresse que les membres d'un seul côté, et conserve son caractère limité durant tout le temps de la maladie: soit un mois et demi. Les troubles disparaissent graduellement après ce laps de temps.

R. et I. se demandent s'il s'agit: 1° d'un syndrome choréique aigu banal, sans aucune liaison avec la vaccination, et il s'agirait alors d'une simple coïncidence; 2° d'une chorée aiguë banale, en relation cependant avec la vaccine, le virus jennérien ayant favorisé l'éclosion et l'action d'un virus neurotrope inconnu, qui serait l'agent de la chorée; 3° enfin, d'une manifestation d'attaque des centres nerveux par le virus vaccinal: en quelque sorte une forme atypique, atténuée de l'encéphalite ou de la névraxite vaccinale.

Après avoir discuté de la nature étiologique de cette chorée, après avoir écarté diverses hypothèses, R. et I. pensent qu'il s'agit d'une action d'excitation d'un virus neurotrope par le virus jennérien.

Cependant, ils font remarquer que, si les névraxites post-vaccinales sont dues à un virus activé par la vaccine, ce cas pourrait entrer dans cette catégorie.

Mais il n'est pas impossible que le virus vaccinal soit lui-même en cause, et soit capable de donner ces troubles choréiques. En effet, le virus de la varicelle, voisin du virus jennérien, présente des affinités neurotropes certaines.

Robert Coronel.

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE L'INSTITUT PASTEUR (Paris)

P. Boquet. ***Recherches expérimentales sur la pseudo-tuberculose des rongeurs*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, t. **59**, n° 4, Octobre 1937, p. 341-379). — B. passe en revue les caractères morphologiques et culturaux, les procédés de différenciation, les propriétés pathogènes, antigéniques et immunisantes, le mode de dispersion enfin, du coccobacille de Malassez et Vignal, agent de la pseudo-tuberculose des rongeurs.

Si le cobaye est l'animal le plus sensible à cette affection, on l'a observée chez la poule, le dindon, le pigeon, le canard, le chat, le lièvre, le bœuf, le cheval et même l'homme.

Les épidémies de pseudo-tuberculose déciment les élevages de cobayes, en général au début de l'hiver. Il existe une forme suraiguë septicémique, une forme aiguë à type de cachexie progressive et une forme chronique dont l'évolution se prolonge pendant des semaines et aboutit parfois à la guérison.

Le coccobacille est polymorphe; on le voit sous forme de bâtonnets, de bacilles courts ou d'éléments filamenteux dans les vieilles cultures. Immobile dans les cultures à 37°, il présente des mouvements actifs dans les cultures à 18°, 20°.

On a isolé en culture des variantes rugueuses et lisses, mieux dénommées homogènes et agglutinables en eau physiologique. Ces deux formes culturales ont des propriétés biochimiques, pathogènes et antigéniques différentes. La variante homogène est plus virulente pour le cobaye que la variante agglutinante correspondante.

La dispersion des coccobacilles dans l'organisme neuf ou immunisé est en tous points comparable à celle des bacilles tuberculeux de première infection ou de surinfection. Les souches virulentes inoculées sous la peau du cobaye neuf diffusent à bref délai par les voies lymphatiques et sanguines, vers les organes profonds où elles donnent les lésions habituelles de la pseudo-tuberculose. Une bacillémie transitoire est décelable dans les toutes premières heures de l'infection. Les coccobacilles avirulents se disséminent moins rapidement et sont détruits dans les viscères. Ils confèrent aux cobayes une immunité spécifique qui se traduit lors de l'inoculation de germes virulents par le blocage partiel ou total de ceux-ci au point d'introduction et par la destruction graduelle des éléments qui réussissent à atteindre les viscères. parallèlement à l'infection pseudo-tuberculeuse, se développe un état allergique que l'on peut mettre en évidence par les réactions locales et générales aux cultures de coccobacilles.

ROBERT CLÉMENT.

G. Stroesco et **A. Vaisman.** ***La syphilis expérimentale cliniquement inapparente de la souris*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, t. **59**, n° 4, Octobre 1937, p. 403-436). — Grâce à une nouvelle méthode personnelle d'imprégnation argentique des spirochètes, on a pu découvrir de nouvelles voies de propagation des tréponèmes dans l'organisme de la souris.

Après introduction sous la peau de la souris, de greffons provenant de chancres de lapin, infectés par diverses souches de tréponèmes, on a sacrifié les animaux à des époques différentes et étudié histologiquement leur diffusion.

Chaque jour, après l'implantation du greffon, les spirochètes qui se trouvent au centre de celui-ci se transforment en des stades intermédiaires entre le tréponème typique et les grains argentophiles, tandis qu'à la périphérie, ils quittent le greffon et envahissent le tissu avoisinant où ils se multiplient sans donner naissance à des formes atypiques. Ils pullulent surtout autour des vaisseaux dermiques, s'insinuent dans l'épaisseur des nerfs dermiques et à la faveur des nerfs périphériques, traversent les différentes couches pour atteindre les ganglions spinaux. Ils ne franchissent pas l'endothélium vasculaire et, en profondeur, ne dépassent pas la couche des muscles striés. La dispersion des tréponèmes conduit à la généralisation de l'infection à toute la peau et aux muqueuses dérivées de l'ectoderme.

Malgré les riches foyers tréponémiques décelés dans la peau, les muqueuses et d'autres tissus, jamais la propagation et la pullulation des tréponèmes ne s'accompagnent d'altérations inflammatoires visibles. L'infection se déroule de façon occulte, aussi bien cliniquement qu'histologiquement. Seules la présence des tréponèmes et la virulence des tissus envahis par eux témoignent de la contamination. Les spirochètes conservent intacte leur virulence, la souris devient une véritable culture *in vivo*.

L'action nocive exercée par le virus syphilitique chez l'homme réside dans l'aptitude de ses tissus à réagir par les lésions à l'envahissement du tréponème. La réaction de défense au lieu d'être salutaire est nuisible.

ROBERT CLÉMENT.

PARIS MÉDICAL

N. Tsamboulas et **S. Sotiricu** (Athènes). ***Kystes hydatiques suppurés du poumon traités par les injections intra-veineuses d'alcool*** (*Paris Médical*, t. **27**, n° 44, 30 Octobre 1937, p. 338-339). — Un homme de 45 ans présenta un point de côté à la base de l'hémithorax droit, avec toux sèche, légère fièvre et expectoration muco-purulente et fétide les jours suivants. Au huitième jour, vomique abondante, aqueuse, fétide, mais dépourvue de débris membraneux. La radiographie montrait une image hydro-aérique, arrondie, à bords nets. 20 cmc d'alcool à 33 pour 100 furent injectés dans les veines pendant quinze jours consécutifs. L'état général s'améliore, les forces et l'appétit reviennent, l'expectoration se réduit et quinze jours plus tard, l'image hydro-aérique avait disparu.

Une jeune fille de 21 ans avait été prise en pleine santé d'un point de côté, de toux, d'expectoration, avec température à 38°5. Une radiographie montra une image hydro-aérique, circulaire et régulière, arrondie, à contours tracés au compas. Après une série de 15 injections d'alcool, l'image hydro-aérique avait disparu.

Ces deux observations montrent l'action de l'alcool sur les suppurations pulmonaires. L'existence d'un kyste hydatique semble uniquement basée sur l'image radiologique.

ROBERT CLÉMENT.

R. Heim de Balsac. ***La théophilline éthylène-diamine (aminophilline) dans la pratique cardio-vasculaire*** (*Paris Médical*, t. **27**, n° 48, 27 Novembre 1937, p. 423-428). — De nombreux travaux expérimentaux et cliniques ont cherché à préciser l'action de la théophilline et de ses composés.

La théophilline est insoluble dans l'eau et son absorption détermine assez fréquemment des troubles digestifs et de la céphalée, aussi lui préfère-t-on des sels doubles ou des combinaisons de théophilline et d'oxyamine ou de théophilline et d'éthylène-diamine.

Expérimentalement, l'action diurétique de la théophilline est une des plus puissantes. L'action vaso-dilatatrice est générale, mais s'exerce avec plus d'intensité sur les coronaires. Sur le chien, la théophilline injectée dans la veine fémorale provoque un accroissement du débit coronarien de 50 à 80 pour 100, avec une baisse de la tension artérielle. Cette injection modifie les effets de la ligature coronarienne. Il y a encore une action vaso-dilatatrice sur les vaisseaux cérébraux, une baisse de la tension artérielle et une action tonicardiaque.

La transposition intégrale de ces expériences ne peut être faite sur le cœur humain, certaines conditions diffèrent trop de l'état physiologique.

Chez 30 malades, la théophilline éthylène-diamine a été prescrite par voie buccale, toujours associée aux tonicardiaques, aux diurétiques et aux sédatifs. Ces observations n'ont donc pas une valeur absolue; c'est plutôt une impression d'ensemble. De deux thromboses coronariennes récentes l'une se termina par la mort, le quatrième jour, la seconde évolua progressivement vers la guérison, mais avec accès douloureux répétés. Sur 3 infarctus du myocarde, cette médication a paru coïncider avec une amélioration notable et persistante. Chez 8 angineux, avec ou sans hypertension, mais non insuffisants cardiaques, il y eut disparition des douleurs dans deux cas, amélioration franche chez 2 sujets, légère chez les 2 autres et échecs chez 2. 11 sujets sans angor, mais âgés ou petits insuffisants cardiaques, accusent une amélioration sensible. 6 insuffisants cardiaques ont vu leur diurèse augmenter.

ROBERT CLÉMENT.

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX ET DU SUD-OUEST

M. Darcissac. ***Le traitement de l'ostéomyélite aiguë à forme envahissante du maxillaire inférieur*** (*Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*, t. **114**, n° 44, 30 Octobre 1937, p. 387-408). — Il ne s'agit pas de l'ostéomyélite proprement dite aiguë de l'enfant, mais de lésions ostéomyélitiques consécutives à des accidents infectieux au niveau des dents. D. rapporte 5 observations toutes concernant des adultes. Dans les deux premières a été appliquée la méthode classique faite surtout d'expectation. La première a abouti à l'élimination totale du maxillaire inférieur avec absence de régénération osseuse, la seconde s'est terminée par l'élimination de toutes les dents et la nécrose de la plus grande partie du corps du maxillaire suivie d'une fracture bilatérale, avec déplacement en haut et en avant des deux branches montantes, rétraction de la portion antérieure de l'os régénéré donnant finalement un maxillaire dont la forme rend à peu près impossible l'application d'une prothèse fonctionnelle.

A la méthode classique, il faut préférer l'évidement large, relativement précoce de toute la portion de l'os atteinte par le processus nécrosant et le maintien à ciel ouvert de la cavité opératoire par l'interposition d'une masse d'étain moulé et laissée en place pendant toute la durée du processus de régénération osseuse.



HÉPATOSODINE

LAVE LE FOIE ET LES REINS
FLUIDIFIE LA BILE
DÉSINTOXIQUE

LABORATOIRES DU DOCTEUR PIERRE ROLLAND ET DURET & RÉMY RÉUNIS
15, Rue des Champs — ASNIÈRES (Seine)

Trois malades traités avec cette technique en ont bénéficié. Chez le premier on a pu limiter l'infection, sauver le groupe des molaires du côté opposé au point de départ de l'accident infectieux et sauvegarder la continuité de l'arc. Pour le second, l'évidement total du corps du maxillaire dut être pratiqué en raison de la marche rapide et de la gravité des accidents infectieux. On put cependant conserver la continuité de la portion basilaire. Après 6 semaines, l'arc d'étain a été chassé de sa loge par le travail de régénération et on a obtenu une crête alvéolaire apte à recevoir une prothèse. Chez les trois malades, la restauration fonctionnelle et esthétique peut être considérée comme parfaite.

L'évidement a été pratiqué 5 à 6 semaines après le début des accidents infectieux. On se basera pour décider l'intervention sur le gonflement du corps de l'os, la mobilité prononcée des dents et l'apparition de collections purulentes périmandibulaires.

Robert Clément.

L'ÉCHO MEDICAL DU NORD

(Lille)

M. Müller et **L. Christiaens**. ***Syndromes parkinsoniens post-traumatiques (à propos de 3 cas)*** [*L'Echo médical du Nord*, t. **8**, n° 43, 24 Octobre 1937, p. 489-497]. — Un homme de 23 ans, bien portant jusqu'alors, après une chute du haut d'un avion dans la mer, présenta pendant plusieurs mois un syndrome de commotion cérébrale, puis se constitua progressivement un syndrome d'hémiparkinsonisme, qui ne cessa de s'aggraver que six à huit mois après l'accident. Cela se passait en 1919, mais le malade ne se rappelle pas avoir présenté un phénomène morbide ayant quelques rapports avec l'encéphalite épidémique.

Le deuxième malade est un homme de 53 ans, qui reçut un éclat d'obus à la main droite, provoquant une fracture ouverte du cinquième métacarpien. Deux mois après le traumatisme, apparut un tremblement d'abord localisé à la main droite, puis s'étendant à l'avant-bras, au bras, puis le tableau de Parkinson se compléta peu à peu: raideur, maladresse, trouble de la parole, enfin troubles mentaux qui nécessitent l'internement.

Trois mois après un accident d'automobile, qui a déterminé une fracture de deux vertèbres cervicales et une commotion cérébrale, apparurent des douleurs de type névralgique dans le cou, dans l'épaule et le bras droit. Sept mois après l'accident, on constata des fourmillements dans la main, une diminution de la force et de l'adresse des membres supérieurs, de la raideur et du tremblement, enfin de la salivation. Les signes de Parkinson restent localisés au membre supérieur droit.

Chez ces trois sujets, le traumatisme est suivi d'une période de latence qui n'est pas complètement muette : il existe des signes de commotion cérébrale, vertiges, céphalées, syndrome acoustique, et chez les traumatisés périphériques, le membre douloureux et faible est le siège de paresthésies.

Une grande prudence doit dicter les conclusions de l'expert lorsqu'il s'agit d'apprécier le rôle joué par le traumatisme, dans l'apparition du syndrome parkinsonien. La relation de cause à effet ne doit être admise que si le passé de l'individu ne décèle pas d'infection générale du type encéphalitique et si le traumatisme a présenté un certain caractère de violence. Le délai entre l'accident et l'apparition des symptômes varie de quelques semaines à quelques mois ; il ne doit pas être une période muette, il doit y avoir continuité des symptômes.

Robert Clément.

G. Carrière, **Cl. Huriez** et **A. Verhaeghe**. ***Discussion d'un cas d'ostéite géodique diffuse. Myélome multiple des os. Maladie de Kahler (14 clichés)*** [*L'Echo médical du Nord*, t. **8**, n° 44, 31 Octobre 1937, p. 513-536]. — Un mineur polonais de 47 ans, ayant été coincé à la hauteur des hanches entre deux wagonnets, présenta dans les jours suivants des douleurs accusées de la ceinture pelvienne, en même temps que son état général s'altérait. Cinq mois plus tard, il se présentait comme un algique et un impotent, les douleurs lombaires interdisant toute mobilisation active ou passive, bien qu'il n'y ait aucune atteinte du système nerveux. Le sujet était cachectique et anémique, sans fièvre. La radiographie montra un processus vacuolaire de toutes les pièces du squelette respectant les zones compactes et envahissant électivement le tissu spongieux, particulièrement celui des vertèbres, des os plats du thorax, des ceintures scapulaire et pelvienne et de la voûte cranienne. Pas de fractures spontanées. Il existait une anémie à 1.900.000 avec réaction plastique et myélémie. 4.500 leucocytes, dont 29,5 pour 100 de myélocytes neutrophiles et 7,5 pour 100 de métamyélocytes. Pas d'albumosurie. Hyperprotéinémie et hyperglobulinémie.

L'autopsie montra qu'il s'agissait d'une néoformation médullaire à ranger dans le groupe des myélocytomes.

A propos de cette observation, C., H. et V. discutent le diagnostic des affections présentant un aspect vacuolaire disséminé des os.

Robert Clément.

LYON MÉDICAL

M. Jeune. ***Les troubles cardio-vasculaires dans le myxœdème*** (*Lyon Médical*, t. **160**, n° 45, 7 Novembre 1937, p. 481-489). — La plupart des observations de troubles cardio-vasculaires dans le myxœdème concernent des adultes atteints de myxœdème spontané, le plus souvent de sexe féminin et au voisinage de la cinquantaine. C'est une éventualité fréquente qui surviendrait dans plus de la moitié des cas.

Le cœur myxœdémateux est le plus souvent latent et révélé par un examen systématique radioscopique et électroradiographique. Le trouble le plus communément observé est l'hypertrophie latente du cœur, curable par l'opothérapie thyroïdienne. Elle peut s'accompagner de signes périphériques d'asystolie.

Qu'il y ait ou non augmentation de volume du cœur, l'électrocardiogramme des myxœdémateux présente dans tous les cas des altérations particulières.

Plus rares sont les cas d'angine de poitrine et d'infarctus du myocarde.

Il y a encore au cours du myxœdème des troubles du rythme, des troubles de la tension artérielle.

Parmi les accidents cardio-vasculaires, il faut distinguer ceux qui sont curables par le traitement thyroïdien, ce qui fait la preuve de leur origine myxœdémateuse, et ceux qui sont aggravés quand ils ne sont pas déclanchés par l'opothérapie thyroïdienne.

L'hypertrophie cardiaque curable du myxœdème relève d'une localisation myocardique de l'infiltration myxœdémateuse.

Le retentissement circulatoire du myxœdème est de nature à inspirer une certaine méfiance vis-à-vis de la thyroïdectomie dans le traitement de l'asystolie et de l'angine de poitrine. Avant de se décider pour une intervention chirurgicale de cet ordre, il faudra peser pour chaque cas particulier les inconvénients de la thyroïdectomie totale. Spécialement chez les angineux, l'action favorisante du myxœdème sur l'athérome artériel doit faire craindre qu'en dépit de ses bons résultats immédiats, cette méthode ne soit capable de hâter l'évolution de la thrombose artérielle.

Robert Clément.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Leipzig)

Gudzent. ***Albumines alimentaires et maladies allergiques, en particulier goutte et rhumatisme*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **63**, n° 15, 9 Avril 1937, p. 586-589). — La sensibilité des goutteux ou des rhumatisants vis-à-vis de certaines substances alimentaires amène G. à la conception pathogénique de l'allergie à la base des accidents goutteux ou rhumatismaux. Expérimentalement, il a réussi à sensibiliser des rats et des lapins vis-à-vis d'albumines alimentaires et à déclancher chez eux des manifestations articulaires proches des phénomènes observés chez l'homme.

La recherche des antécédents des rhumatisants et des goutteux montre le plus souvent dans l'histoire familiale de nombreux cas de maladies allergiques; l'anamnèse démontre aussi la coexistence fréquente chez le même malade de manifestations diverses d'hypersensibilisation. G. conclut donc que goutte et rhumatisme sont des maladies allergiques, survenant chez des sujets prédisposés héréditairement et sensibles le plus souvent à des albumines alimentaires, plus rarement à des protéines microbiennes.

Il lui paraît intéressant de poursuivre cette étude en pratiquant les tests d'hypersensibilité chez des sujets apparemment sains, mais présentant des antécédents héréditaires suspects. Des antigènes spéciaux permettent ces recherches.

G. Dreyfus-Sée.

A. Ihsau-Aksau. ***Thérapeutique parentérale par la quinine dans la pneumonie*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **63**, n° 26, 25 Juin 1937, p. 998-1000). — La signification et le rôle du traitement quininique des affections pulmonaires inflammatoires sont actuellement éclairés par les données pathogéniques.

La plupart des cliniciens envisagent, en effet, le premier stade de la pneumonie franche comme l'expression d'une réaction hyperergique des tissus pulmonaires malades, et le deuxième stade comme une transformation inflammatoire purulente de l'infiltrat hyperergique (hépatisation grise). Il importe donc d'agir précocement au premier stade et de tenter de transformer l'infiltrat fibrineux, qui constitue un bon terrain de culture microbienne, en un milieu défavorable à la multiplication des germes.

C'est dans ce but qu'il importe d'instituer le traitement quininique parentéral qui paraît améliorer nettement le pronostic de la pneumonie.

G. Dreyfus-Sée.

E. Bohnholtzer. ***Contribution à l'étude du traitement de la pneumonie par la vitamine C*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **63**, n° 26, 25 Juin 1937, p. 1001-1003). — Le traitement par l'acide ascorbique a une influence favorable sur l'évolution de la pneumonie; au début de l'affection il serait possible d'obtenir une évolution abortive. Même plus tardivement on pourrait obtenir une défervescence critique ou un lysis en 2 ou 3 jours; en outre l'amélioration de l'état général et la régression des signes fonctionnels sont remarquablement rapides ; mais l'institution tardive du traitement ne permet plus de raccourcir sensiblement la durée de l'évolution. Les doses utilisées par B. sont plus faibles que celles qui avaient été antérieurement préconisées, ce qui n'est pas négligeable, étant donné le prix élevé de la préparation de vitamine C.

G. Dreyfus-Sée.

E. Gruber. ***Le foie mobile chez l'enfant*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **63**, n° 29, 16 Juillet 1937, p. 1113-1115). — Les cas de foie

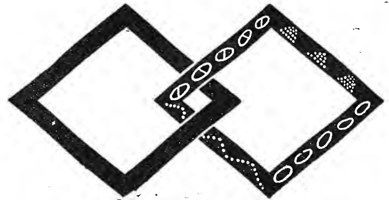
Spécifique du coryza
des affections rhino-pharyngées

L'AMPHO-VACCIN RHINO-PHARYNGIEN

prévient les affections pulmonaires et otiques. Sa présentation en ampoules auto-instillables en facilite l'emploi

L'AMPHO-VACCIN PULMONAIRE (2 FORMES)

En assure le traitement efficace et rapide. Il réalise le traitement de choix des infections des Voies respiratoires. La forme INJECTABLE est héroïque dans les états graves. La forme A INGÉRER permet une médication commode et active



Littérature, échantillons
A.D. RONCHÈSE
Docteur en pharmacie
21, Boulevard de Riquier,
NICE

HÉMET-JEP-CARRÉ-PARIS

mobile décrits chez l'adulte sont très douteux. Chez l'enfant une observation de Gontermann en 1890 paraît plus caractéristique. Il s'agissait d'une fillette de 1 an et les accidents étaient survenus à la suite d'une coqueluche avec bronchite capillaire. Le début s'était fait brusquement après une violente quinte de toux par une douleur vive et l'apparition d'une tumeur mobile constituée pas le foie, déviée vers la gauche et en bas dans la position couchée sur le dos, revenant à droite dans le décubitus latéral droit.

Après la mort survenue au dixième jour, l'autopsie montra le déplacement considérable du foie ayant entraîné une torsion de son pédicule qui paraît avoir été la cause du décès.

G. a observé un nouveau cas de cette curieuse affection chez un enfant de 3 ans 1/2 à la suite d'une affection pulmonaire (pneumonie lobaire inférieure gauche). La radiographie montra chez ce jeune garçon un déplacement considérable du foie dans la position verticale, alors que la masse hépatique reprenait sa place normale dans le décubitus horizontal. Après guérison de l'affection pulmonaire, l'enfant a porté une ceinture orthopédique, mais très rapidement les phénomènes ont disparu, le foie a paru se fixer normalement à sa place. G. interprète ce cas comme une ptose hépatique vraie, transitoire, par distension des ligaments hépatiques, diminution de la pression des viscères abdominaux et modification diphragmatique.

G. Dreyfus-Sée.

H. Dietel. ***Les troubles cardiaques des femmes atteintes de myomes utérins*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **63**, n° 31, 30 Juillet 1937, p. 1186-1188). — L'examen systématique des femmes atteintes de myomes utérins n'a pas montré de modification de la pression sanguine. Par contre l'étude méthodique de leurs électrocardiogrammes décèle de petites anomalies, généralement légères et peu caractéristiques. Leur métabolisme basal est habituellement élevé et cette augmentation dépasse le pourcentage des erreurs possibles.

Ces deux constatations permettent de soupçonner chez ces malades des troubles du fonctionnement thyroïdien.

G. Dreyfus-Sée.

W. Heim. ***Recherches sur les ulcères gastro-duodénaux opérés*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **63**, n° 35, 27 Août 1937, p. 1321-1325). — Ces recherches ont porté sur 283 malades opérés de 1920 à 1936.

Un examen complet systématique avait précédé les interventions dont la technique était variable suivant les symptômes et l'âge des malades.

L'importance des soins post-opératoires est particulièrement soulignée.

La mortalité a été de 36,7 pour 100, mais les interventions ont été parfois pratiquées tardivement après la vingt-quatrième heure, et chez des malades dont l'état général pouvait être très altéré. Le diagnostic d'ulcère perforé commande l'intervention, tant que persiste une chance de sauver le malade par l'opération.

L'étude de la courbe des dates de perforation montre que certaines périodes paraissent favoriser ces accidents. Les modifications atmosphériques, les orages, les variations de pression, etc., pourraient ainsi jouer un rôle : il y aurait ainsi des « jours de perforation », comme il paraît y avoir des dates de thrombose.

Le dépouillement de cette importante statistique amène à quelques conclusions pratiques en ce qui concerne la date et les modalités opératoires dans les divers cas.

Ainsi chez les jeunes gens jusqu'à 35 ans, la résection gastrique primitive peut être pratiquée dans les cliniques importantes, alors que les organisations moins bien outillées se contenteront d'une suture et adresseront le malade au chirurgien spécialisé pour l'intervention complémentaire radicale.

Chez les sujets plus âgés la gastro-entérostomie devra être pratiquée en plus de la suture pour éviter le risque de sténose pylorique et soulager la tension de la région suturée.

Aucun résultat vraiment favorable ne peut être escompté si le malade n'est pas surveillé médicalement de façon très stricte après l'intervention.

G. Dreyfus-Sée.

S. Litzner. ***Observations sur les affections allergiques des voies urinaires*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **63**, n° 41, 8 Octobre 1937, p. 1546-1548). — La présence d'allergènes concentrés dans les voies d'excrétion urinaires explique qu'on puisse observer chez les sujets sensibilisés des manifestations d'allergie au niveau de l'arbre urinaire.

Leur rôle dans les glomérulonéphrites aiguës diffuses demeure discret. On peut l'invoquer aussi dans les œdèmes inflammatoires des reins. Mais c'est surtout les réactions au niveau des voies excrétrices qui ont pu être observées par L. au cours de coliques néphrétiques sans calculs décelables ainsi que lors des inflammations vésicales atypiques; la recherche de l'éosinophilie urinaire permet de faire le diagnostic de réactions allergiques.

G. Dreyfus-Sée.

MEDIZINISCHE KLINIK
(Berlin, Prague, Vienne)

Froehlich (Vienne). ***Hypertension artérielle chez les jumeaux*** (*Medizinische Klinik*, t. **33**, n° 36, 3 Septembre 1937, p. 1196-1199). — F. a examiné deux jumeaux masculins de 12 ans, probablement univitellins. Les deux frères présentaient une hypertension essentielle d'intensité presque égale. Les maxima étaient ordinairement de l'ordre de 150 à 160 mm.; après des fatigues physiques de 170 à 175. Après un repos prolongé la tension retombait à 105 mm.

F. indique qu'il n'y a pas lieu de supposer une hypertension symptomatique.

Comme F. pouvait procéder dans ces cas à une observation prolongée de la tension sanguine, ces observations constituent une nouvelle preuve que de telles hypertensions ne sont pas accidentelles, mais qu'elles relèvent de la constitution de l'individu.

Comme la même hypertension se montre chez les deux enfants examinés par F., l'importance du facteur héréditaire semble être également démontrée.

Le rôle éventuel joué par le milieu dans lequel vivaient les deux garçons n'a pu être déterminé. Le fait que même lors d'une hospitalisation prolongée les mêmes symptômes d'hypertension ont persisté n'a pu être retenu, cette hospitalisation ayant été de trop courte durée.

Guy Hausser.

H. Bix (Vienne). ***Remarques sur des diabétiques et le traitement insulinique*** (*Medizinische Klinik*, t. **33**, n° 39, 24 Septembre 1937, p. 1300-1303). — B. observe depuis de longues années des diabétiques de classe sociale inférieure qui ne peuvent pas observer de régime strict. Il est donc nécessaire chez eux d'avoir recours au traitement insulinique. B. observe chez de tels malades principalement une variation très importante de l'élimination du sucre, ainsi qu'une variation de la glycémie. B. remarque que les malades qui devaient donner un travail physique important étaient souvent atteints d'hypoglycémie. Cependant, même les malades bien équilibrés présentent cette hypo-glycémie lorsqu'ils ont à accomplir un effort physique inaccoutumé ou bien lorsqu'ils travaillent ou font du sport pendant une forte chaleur. Selon B. de telles hypoglycémies seraient dues à une déperdition abondante d'eau. Les injections de « salyrgan » seraient indiquées en même temps que celles d'insuline dans de tels cas.

B. rapporte ensuite plusieurs cas de jeunes diabétiques traités par l'insuline et présentant dans des intervalles variables des crises violentes d'épilepsie.

Dans tous ces cas B. a pu montrer qu'il s'agissait d'épilepsie réelle et non de crises hypoglycémiques.

En effet, le taux de la glycémie était presque toujours très élevé et des injections de solution sucrée n'ont jamais arrêté les crises. Dans d'autres cas, B. a observé fréquemment des troubles mentaux. Comme il s'agissait de malades ne suivant pas de régime et ayant une tendance hypoglycémique, il suppose que ce sont les hypoglycémies répétées qui déterminent les affections cérébrales en raison de la nécessité d'injections trop fortes d'insuline.

Guy Hausser.

W. Schmidt (Berlin). ***Action d'allergène chez les asthmatiques.*** (*Medizinische Klinik*, t. **33**, n° 39, 24 Septembre 1937, p. 1304-1305). — S. rapporte le résultat de recherches sur 184 asthmatiques à qui l'on injecta des extraits d'allergène. Ces extraits au nombre de 35 furent introduits par voie sous-cutanée. 49 pour 100 des malades ont réagi fortement à 1 ou 2 extraits.

5 malades seulement n'ont eu aucune réaction. S. pense qu'il s'agit alors d'asthmatiques non allergiques. 36 malades ont réagi à un allergène seulement, les autres à plusieurs.

L'allergène, provoquant les réactions nettement positives dans beaucoup de cas, est la poussière (20,8 pour 100 des réactions nettement positives). D'autres allergènes provoquant de vives réactions ont été : des plumes, du poisson, du jaune d'œuf, de la viande de poulet, de la moutarde, du cacao, du tabac et des mandarines. Les injections d'allergène de plumes de perroquet, de déchets cutanés de chien, de noix, de pommes de terre et de farine de seigle, ont été négatives dans la plupart des cas.

Guy Hausser.

L. Hauck (Erlangen). ***Importance de l'anamnèse dans le traitement des eczémas*** (*Medizinische Klinik*, t. **33**, n° 40, 1er Octobre 1937, p. 1321-1324). — H. rapporte un certain nombre de cas d'eczémas allergiques dans lesquels il relève l'importance primordiale d'obtenir une anamnèse exacte. Alors que les eczémas professionnels sont, le plus souvent, causés par des agents chimiques faciles à déterminer, l'agent provocateur des eczémas allergiques est souvent difficile à dépister.

Dans les cas rapportés par H, ce dépistage n'est, en général, possible que grâce à une collaboration effective du malade qui doit être observé soigneusement ainsi que son entourage, les objets avec lesquels il entre en contact lors de son travail ou dans son appartement, etc...

Dans deux cas observés, la laque des meubles a été l'agent déterminant. Dans un autre cas, ce fut un produit utilisé pour la lessive du linge (Persil). Dans un autre cas, après de longs mois d'observation, pour une infirmière, H. a trouvé que l'eczéma survenait après des injections de « transpulmine ». Un autre malade atteint d'eczéma chaque printemps était apparemment sensible aux asperges et un autre à l'eau minérale bue sur prescription d'un médecin traitant.

H. conclut que presque chaque corps est en principe apte à provoquer des eczémas chez des individus prédisposés; la guérison est impossible tant que les agents provocateurs ne sont pas déterminés. Il insiste sur l'importance d'obtenir une anamnèse minutieuse et complète dans de tels cas.

Guy Hausser.

Winckelmann (Iéna). ***Traitement biologique des dermatoses et des eczémas chroniques*** (*Medizinische Klinik*, t. **33**, n° 40, 1er Octobre 1937, p. 1324-1327). — Les traitements les plus simples ont souvent une grande importance pour le traitement des eczémas chroniques. D'abord le régime

végétarien pauvre en sel, et riche en vitamines, est utile. Une cure de jeune est souvent indiquée. Des enveloppements chauds principalement ceux qui peuvent déterminer une forte sudation seraient également très utiles. W. recommande aussi des enveloppements de glaise surtout lorsque l'application est faite après action de vapeurs chaudes (20 minutes de vapeur, 2 heures d'enveloppement).

Des selles régulières sont indispensables. Des lavements, des tisanes (salsepareille) sont recommandés. Chez les femmes ayant une menstruation irrégulière, l'apparition de règles régulières et abondantes s'impose.

W. insiste ensuite sur l'importance d'un traitement homéopathique qui, selon lui, aurait donné d'excellents résultats.

Sans énumérer toutes les variantes d'un tel traitement dans un eczéma chonique, W. recommande le soufre surtout chez les malades présentant une mauvaise digestion, l'arsenic lorsque les eczémas provoquent des douleurs analogues aux brûlures. Le pétrole serait indiqué en cas de peau très sèche et crevassée (bons résultats dans les dermatoses professionnelles des mains, dues probablement à la benzine). Le mercure est recommandé pour les dermatoses des syphilitiques et le graphite chez les pycniques.

Guy Hausser.

W. de Pay (Greifswald). ***Le liquide céphalo-rachidien et les renseignements qu'il peut donner dans la syphilis cérébro-spinale*** (*Medizinische Klinik*, t. 33, n° 41, 8 Octobre 1937, p. 1363-1366). — Le liquide céphalo-rachidien a été depuis longtemps l'objet de nombreuses recherches. De son côté, de P. croit être parvenu aux résultats suivants :

Tous les éléments solubles du sang se retrouvent dans le liquide C. R., tandis que les colloïdes et les albumines sanguines manquent presque totalement dans le liquide C.-R. normal. De même les ferments ne se trouvent que dans le liquide des malades principalement en cas de méningite (surtout des ferments protéolytiques).

Le liquide C.-R. normal prend son origine vraisemblablement dans le plexus choroïde, histologiquement ce plexus semble être plus apte à la formation du liquide C.-R. que l'épendyme ventriculaire. Le liquide se forme probablement par dialyse à travers une membrane semi-perméable analogue à la sécrétion rénale.

La fonction du liquide C.-R. est sans doute en premier lieu de protéger le système nerveux central contre les traumatismes mécaniques. Mais en dehors de cela il semble être de composition particulièrement destinée à créer des conditions favorables au fonctionnement général du système nerveux central.

Les recherches faites pour examiner quelles substances passent du sang dans le liquide C.-R. ont montré que les substances solubles dans les molécules passent presque toujours (sucre, urine, alcool, urotropine, etc...). Les substances solubles dans les colloïdes, au contraire, ne passent jamais. Les ions positifs semblent avoir une perméabilité plus grande que les ions négatifs. Ces derniers ne se trouvent que dans de très faibles quantités ou même sont totalement absents. C'est seulement dans les altérations pathologiques que l'on trouve des ions négatifs dans le liquide C.-R.

D'autres recherches ont montré que le passage du liquide C.-R. dans le sang (qui s'effectue normalement par l'intermédiaire du plexus choroïde) peut s'effectuer également par les méninges dans certaines conditions pathologiques. C'est pourquoi, pour le traitement des affections syphilitiques cérébro-spinales, il est important de provoquer un méningisme ou une augmentation en albumines du liquide C.-R. ou encore une acidose de l'organisme. Pour arriver à ce but, de P. a fait des recherches avec la malariathérapie et il doit publier les résultats obtenus sous peu.

Guy Hausser.

MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

W. Menzel. ***Traitement de la cachexie hypophysaire*** (*Munchener medizinische Wochenschrift*, t. 84, n° 25, 18 Juin 1937, p. 969-971). — Sans émettre de doute sur l'existence de la cachexie hypophysaire en tant qu'entité clinique définie, il est cependant possible de considérer chaque cas isolément et de relever les symptômes secondaires glandulaires variables qui accompagnent le syndrome essentiel. Des formes apparemment très semblables se différencient également par leur mode de réaction très changeant vis-à-vis des thérapeutiques employées. Ainsi l'insuccès d'un traitement ne permet ni d'infirmer le diagnostic, ni de désespérer de la thérapeutique.

Corrélativement au traitement hormonal hypophysaire qui doit être poursuivi, il peut être utile de stimuler le fonctionnement hypophysaire par l'insulinothérapie, ou l'administration d'hormone folliculaire, ou encore d'hormone surrénale.

Parmi les modalités d'administration de l'hormone hypophysaire, la plus pratique, la plus économique paraît être l'implantation hypophysaire réalisée par simple injection d'une hypophyse de veau broyée à une ou plusieurs reprises.

G. Dreyfus-Sée.

E. Frey. ***L'influence de la saponine sur la calcification obtenue par le vigantol et sur le cycle sexuel*** (*Munchener medizinische Wochenschrift*, t. 84, n° 26, 25 Juin 1937, p. 1009-1011). — Pour déterminer l'action de la saponine sur les stérines de l'organisme, deux ordres de recherches ont été instituées: la première sur l'influence simultanée de la saponine et de la vitamine D, et la deuxième sur le rôle joué par la saponine dans le cycle menstruel de la souris.

La plupart des saponines augmentent l'action calcifiante de grosses doses de vitamine D ; la calcémie est nettement accrue sous l'influence de la saponine.

En ce qui concerne le cycle œstral de la souris, il est possible de l'inhiber de façon prolongée à l'aide d'administration de digitonine ou de guajaksaponine. On observe habituellement une accentuation de l'œstrus au début des injections de saponine, puis de nouveau après suspension du traitement. Il ne s'agit pas d'une action directe de la saponine sur l'hormone folliculaire, car l'œstrus peut être provoqué aussi bien chez les souris infantiles que chez les souris castrées, si on injecte simultanément de la saponine et de l'hormone folliculaire.

Les deux phénomènes observés paraissent s'expliquer par une modification du métabolisme de la cholestérine caractérisée par une augmentation initiale, puis une diminution du taux cholestérinique. C'est ainsi que s'explique l'action d'abord excitante puis inhibante de la saponine sur l'œstrus.

Dans l'ensemble cependant l'administration prolongée de saponine paraît provoquer une hypocholestérinémie et modifier ainsi secondairement le métabolisme des stérols.

G. Dreyfus-Sée.

E. Bender. ***L'apparition et la signification épidémiologique des porteurs de bacilles diphtériques parmi les enfants vaccinés et non vaccinés*** (*Munchener medizinische Wochenschrift*, t. 84, n° 27, 2 Juillet 1937, p. 1062-1065). — On a considéré, sur la base de notions théoriques, que la vaccination antidiphtérique, actuellement très répandue, pourrait avoir pour conséquence la diminution nette du nombre des écoliers malades, mais en contre-partie que les porteurs de germes deviendraient plus nombreux, de telle sorte que les sujts non immunisés courraient un risque plus grand.

Pour contrôler cette hypothèse, B. a fait une enquête sur 3.000 écoliers dans des quartiers où la vaccination est pratiquée fréquemment. 2 pour 100 d'entre eux étaient porteurs de germes. Or parmi eux on note un pourcentage de 0,8 pour 100 de porteurs de bacilles chez les enfants vaccinés depuis deux ans, alors que chez les non vaccinés 11,2 pour 100 avaient un ensemencement positif.

Ainsi ces résultats montrent que les vaccinés ne sont nullement plus souvent porteurs de germes que les non immunisés. Une des objections opposées à la pratique de la vaccination apparaît ainsi mal fondée. D'ailleurs la comparaison entre la virulence des bacilles découverts chez les divers porteurs de germes, immunisés ou non, constitue un nouvel argument en faveur de la vaccination.

De telle sorte que B. conclut que la vaccination antidiphtérique constitue l'arme la plus efficace vis-à-vis de l'infection, et permet d'espérer une régression progressive de cette redoutable maladie.

G. Dreyfus-Sée.

Ehlert. ***Pyélocystites à staphylocoques et staphylococcurie*** (*Munchener medizinische Wochenschrift*, t. 84, n° 28, 9 Juillet 1937, 1099). — Élimination des microbes par les urines, pyélites, pyélonéphrite et pyonéphrose sont les étapes d'une même maladie, mais leur différenciation est très importante puisque les 3 premières relèvent d'un traitement médical alors que la dernière commande une intervention chirurgicale.

L'étude systématique des urines montre que si les colibacilles sont les germes les plus fréquents de beaucoup chez les femmes, par contre chez les hommes on rencontre assez souvent le staphylocoque; cependant à un stade ultérieur de l'affection le colibacille, généralement associé, pullule rapidement et finit par dominer secondairement aussi bien *in situ* que dans les cultures.

L'importance de ce diagnostic bactériologique précoce apparaît d'autant plus grande que les infections staphylococciques pourraient être radicalement guéries par une ou deux injections intraveineuses de 0 gr. 15 de néosalvarsan.

G. Dreyfus-Sée.

Jürgens et **Kaether.** ***Œdème transitoire au cours de la leucémie*** (*Munchener medizinische Wochenschrift*, t. 84, n° 30, 23 Juillet 1937, p. 1167-1169). — Les œdèmes observés au cours des leucémies sont habituellement tardifs et on les considère comme des œdèmes cachectiques.

J. et K. ont observé un cas de leucémie myéloïde au cours duquel un œdème diffus, erratique a été observé à plusieurs reprises de façon transitoire à un stade assez précoce de l'affection.

Ils interprètent ces phénomènes comme des manifestations d'hypersensibilité, analogues à d'autres symptômes cutanés passagers qui sont décrits dans plusieurs observations (urticaire, œdème de Quincke, etc.).

Leur apparition justifierait un régime spécial, privé de sel, mais particulièrement riche en fruits et légumes. Les préparations diverses de foie de veau devraient par contre être interdites à ces malades, car elles risquent d'exciter la moelle osseuse dont le fonctionnement est déjà excessif.

G. Dreyfus-Sée.

Hagedorn. ***Les affections cardiaques pendant la période de gestation*** (*Munchener medizinische Wochenschrift*, t. 84, n° 32, 6 Août 1937, p. 1246-1249). — 62 cardiaques ont été observées pendant la durée de leur gestation. 41 fois l'affection circulatoire est restée bien compensée, 21 fois on a observé des signes de décompensation ; le diagnostic du début de la décompensation au cours de la grossesse est d'ailleurs souvent difficile, car


POUR LE TRAITEMENT
DE TOUTES AFFECTIONS
à STREPTOCOQUES
et à STAPHYLOCOQUES
PLAIES INFECTÉES, ABCÈS, FURONCLES, ETC
arapal
POMMADE NON GRASSE
RICHE EN ANTIVIRUS
LITTÉRATURE ET ECHANTILLONS SUR DEMANDE
H. VILLETTE, Pharmacien
131, Rue Cambronne, PARIS-15e. Vaugir. 11-23

nombre de signes fonctionnels s'observent de façon habituelle chez les femmes enceintes.

Dans 50 cas (80,63 pour 100), la grossesse fut bien supportée. On note 4,8 pour 100 de naissances prématurées, il n'y a eu aucun cas d'avortement spontané. 7 femmes sont décédées des suites de leur affection cardiaque pendant la période de suites de couches, 3 d'entre elles n'avaient été, ni examinées, ni traitées avant l'accouchement. La mort est survenue chez deux malades par endocardite lente, les autres étaient atteintes de maladie mitrale (1 cas), sténose mitrale (2 cas) et insuffisance mitrale (2 cas).

Le pronostic paraît dépendre peu du degré de la décompensation cardiaque initiale, mais beaucoup plus de la précocité de la thérapeutique. Il importe donc de préciser le traitement que doivent subir les cardiaques dès le début de leur grossesse et qui doit être poursuivi jusqu'à la fin de la puerpéralité. En outre les indications justifiant l'interruption de la grossesse, et même la stérilisation, doivent être bien connues.

G. Dreyfus-Sée.

J. Leitner. ***L'éosinophilie sanguine des tuberculeux pulmonaires; considérations spéciales sur ses rapports avec les infiltrations hyperergiques*** (*Munchener medizinische Wochenschrift*, t. 84, n° 34, 20 Août 1937, p. 1330-1933). — Une série de travaux récents ont mis en évidence l'importance de l'étude de l'image sanguine pour le diagnostic et le pronostic de la tuberculose. La valeur des variations de l'éosinophilie sanguine demeure actuellement mal établie.

L. a observé à ce point de vue 580 tuberculeux pulmonaires durant leur traitement en station de cure ; 64 d'entre eux avaient une éosinophilie nette (5 à 23 pour 100) ; parmi ceux-ci 12 ont présenté une évolution défavorable, 52 ont régressé, mais l'amélioration n'a bien souvent été obtenue qu'après collapsothérapie. Ainsi, l'éosinophilie sanguine ne peut, chez les tuberculeux, être considérée comme un symptôme de bon pronostic; elle semble apparaître comme une manifestation d'accentuation de l'allergie à la suite de laquelle l'évolution se fait soit vers l'amélioration (désensibilisation progressive), soit vers l'aggravation (perte de la sensibilisation). Un bon exemple de ces faits est fourni par les processus hyperergiques pulmonaires passagers qui s'accompagnent habituellement d'éosinophilie. Lors de la régression de ces processus fluxionnaires la courbe des éosinophiles s'abaisse de nouveau, de telle sorte que cette courbe apparaît dans ces cas comme le miroir de l'évolution pulmonaire.

Le diagnostic différentiel de ces infiltrations passagères vis-à-vis des processus banaux pulmonaires pourrait être facilité en pratique par l'étude de l'image sanguine.

G. Dreyfus-Sée.

K. Nicol. ***L'activité de la tuberculose pulmonaire et sa signification pratique*** (*Munchener medizinische Wochenschrift*, t. 84, n° 39, 24 Septembre 1937, p. 1535-1539). — La question de l'activité du processus tuberculeux est importante à résoudre car si les tuberculoses pulmonaires évolutives doivent être envoyées en stations de cure, il est inutile d'y adresser les bacilloses inactives.

Une série de formes peuvent être individualisées selon leurs tendances évolutives: formes progressives, actives; formes stationnaires; formes tendant à la latence; mais seule une observation souvent prolongée permet de distinguer les 2 derniers stades de la tuberculose réellement inactive; une étude objective des divers symptômes: signes fonctionnels, poids, courbes thermiques, signes stéthacousiques, examen de l'expectoration et surtout image radiologique, fournit des éléments importants mais laisse subsister encore de nombreuses causes d'erreur. Chez l'enfant les tests tuberculiniques fournissent un précieux appoint au diagnostic mais ne permettent guère d'apprécier le stade évolutif, à l'exception du premier âge où la tuberculose peut toujours être considérée comme à un stade d'activité.

Parmi les examens de laboratoire une place spéciale doit être réservée à la détermination de la vitesse de sédimentation qui fournit un élément important du diagnostic évolutif.

Enfin, l'image leucocytaire peut être intéressante à étudier.

Dans l'ensemble c'est grâce à la combinaison de ces diverses méthodes que le diagnostic sera possible et l'appréciation de leur valeur relative dans chaque cas demeure confiée au sens clinique du médecin.

G. Dreyfus-Sée.

J. v. Kup. ***Contribution à l'étude du rôle de la glande pinéale dans le syndrome de Cushing, à propos d'un cas d'adénome basophile de l'hypophyse*** (*Munchener medizinische Wochenschrift*, t. 84, n° 39, 24 Septembre 1937, p. 1542-1544). — Chez une fillette de 10 ans pesant 101 kilogr. et mesurant 1 m. 45, ont été notés depuis l'âge de 2 ans des symptômes multiples de maladie de Cushing, et en particulier une obésité progressive accentuée. En outre, des signes de déficience d'autres glandes ont été observés: troubles de fonctionnement de la thyroïde, des parathyroïdes, des glandes sécrétoires digestives, des surrénales, ainsi que des symptômes épiphysaires témoignant de la participation de la glande pinéale au processus hypophysaire. Une photographie montre bien l'aspect de cette curieuse malade qui, par son obésité et sa morphologie spéciale, paraît avoir dépassé la trentaine.

Le sénilisme précoce d'origine épiphysaire semble pouvoir être attribué à une rupture de l'équilibre épi-hypophysaire au profit de la glande pituitaire. L'association fréquente des manifestations dues à des troubles du fonctionnement de ces deux glandes serait ainsi explicable.

G. Dreyfus-Sée.

ZENTRALBLATT FUR INNERE MEDIZIN (Leipzig)

G. Zaeper. ***Le fonctionnement circulatoire pendant le travail musculaire*** (*Zentralblatt für innere Medizin*, t. 58, n° 15, 10 Avril 1937, p. 305-318). — L'examen des sujets sains au repos ne fournit point d'indications sur leur capacité fonctionnelle lors de l'effort physique, ce qui importe pourtant le plus, et, chez les sujets insuffisants dont la circulation se montre insuffisante lors du travail, des constatations pathologiques (électro-cardiogramme, pression sanguine, examen radiologique, etc.), quand on peut en faire, ne disent rien sur la grandeur des réserves fonctionnelles encore existantes. Aussi faut-il s'adresser aux méthodes d'examen pendant le travail.

Pour ces épreuves Z. utilise l'ergomètre électrique de Knipping.

Pour analyser de façon exacte la fonction circulatoire, il faut déterminer, outre l'absorption de O pendant le travail, le débit cardiaque par minute et l'utilisation périphérique de O ou différence artério-veineuse en O. La mesure d'un seul de ces deux derniers facteurs peut suffire. Z. indique le principe de ces méthodes. Les valeurs trouvées permettent d'évaluer exactement les processus de travail de la circulation: l'absorption de O rend compte de la capacité de la circulation dans son ensemble ; le débit cardiaque par minute indique la valeur du coup de pompe du cœur, l'utilisation de O le fonctionnement de la circulation périphérique.

L'absorption de O varie un peu suivant la taille, l'âge et le poids, ce qui amène à tenir compte du métabolisme basal. Un autre facteur de différence dans l'absorption de O tient au mode de réaction de la circulation. On peut constater une absorption insuffisante pendant le travail, qui est compensée par une augmentation de l'absorption après le travail ; c'est la « dette d'oxygène ». Cette dette est bien plus forte que normalement quand il y a insuffisance cardiaque.

Z. analyse ensuite les résultats qu'il a obtenus chez 28 sujets normaux de 17 à 27 ans, entraînés ou non, soumis à trois degrés différents de travail. Il commente en détail les chiffres trouvés et insiste sur l'intervention coopérante de certains facteurs importants dans le fonctionnement de la circulation dans son ensemble, et en particulier sur l'utilisation périphérique de l'oxygène du sang.

P.-L. Marie.

M. Ratschow. ***Le traitement conservateur dans les troubles de la circulation artérielle périphérique*** (*Zentralblatt für innere Medizin*, t. 58, n°s 41 et 42, 9 et 15 Octobre 1937, p. 817-826 et 834-842). — Le traitement des troubles de la circulation artérielle périphérique (endoangéite oblitérante, artérioses oblitérantes) doit être avant tout conservateur.

La pathogénie de ces affections demeure inconnue. Aussi les mesures thérapeutiques doivent se borner à arrêter les réactions pathologiques en se basant sur les notions de morphogenèse dont nous possédons actuellement l'essentiel, et à mettre les tissus encore sains en état de compenser ceux qui sont perdus. Dans ce but il est nécessaire de rendre capables de refonctionner toutes les voies circulatoires collatérales encore perméables et de leur permettre de supporter une surcharge plus grande, afin d'accélérer ainsi la revascularisation des tissus dont la nutrition est troublée.

On aura d'abord recours aux méthodes générales: mise au repos, lutte contre la douleur, mode de vie convenable, diététique.

Des mesures seront prises pour supprimer les impulsions vasomotrices pouvant s'exercer sur les voies collatérales (résection de l'artère malade rarement praticable, blocage des voies sympathiques au moyen de novocaïne injectée dans le sciatique au membre inférieur, dans les ganglions cervicaux pour le membre supérieur) et, pour dilater celles-ci au maximum. R. préconise les injections d'acétylcholine-novocaïne (0 gr. 10 d'acétylcholine pour 5 cmc de solution de novocaïne à 1 pour 100 avec laquelle on infiltre tout le foyer morbide; il injecte d'ordinaire 20 à 30 cmc de cette solution; la douleur serait très améliorée et l'effet durerait cinq à six heures; l'injection peut être répétée plusieurs jours de suite) ; il faut mentionner encore les injections intraveineuses de solution chlorurée hypertonique à 5 pour 100 (150 à 300 cmc, 3 fois par semaine) et les injections intraartérielles de solutions iodées, celles-ci non exemptes de danger.

On s'efforcera de réaliser l'hyperémie locale. Aux applications locales de chaleur qui ne sont pas toujours sans danger (nécroses), E. préfère les bains chauds partiels à distance (bains de bras à 45° de une à deux heures plusieurs fois par jour). La diathermie comporte des risques ; les ondes courtes n'offrent pas les mêmes dangers et ont donné des résultats encourageants. Le traitement par les alternatives de pression et d'aspiration au moyen de pompes spéciales, récemment perfectionné en Amérique, est encore à l'étude. L'emploi des sangsues est à déconseiller en cas de troubles graves de l'irrigation artérielle. Il est très difficile de juger l'action des extraits de tissus (padutine, angioxyl, myostone, etc.).

Parmi les agents thérapeutiques non spécifiques ayant pour but d'agir sur la cause du mal on peut recourir à la radiothérapie segmentaire (irradiation directe des ganglions sympathiques ou irradiation des surrénales de Zimmern-Cottenot dont les effets se rapprochent de ceux d'une sympathectomie périartérielle), à la pyrétothérapie (injections de vaccin typhique à doses croissantes), aux hormo-

nes sexuelles femelles, au salicylate associé aux sels de calcium.

Il n'y a jusqu'ici aucune méthode jouant un rôle dominant; d'un cas à l'autre il faut savoir varier la thérapeutique et associer les procédés qui sont à notre disposition.

P.-L. Marie.

ZEITSCHRIFT für TUBERKULOSE (Leipzig)

Schmidt et **Unholtz**. ***Etude radiologique des sujets ayant présenté des hémoptysies*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, t. 78, nos 1-2, 1937, p. 1-24). — S. et U. ont radiographié après hémoptysie 151 malades, dont 131 tuberculeux : parmi ces derniers, 1/3 ne présentaient pas de modifications cliniques ni radiologiques : chez les autres on constatait l'apparition d'ombres maculeuses répondant à la présence de sang, ou aux altérations inflammatoires consécutives, ces modifications pouvant rétrocéder, persister, ou s'accentuer pendant les jours suivants. Il est particulièrement intéressant de pouvoir, sur les clichés, surveiller l'apparition et l'évolution des complications pneumoniques fréquentes non seulement chez les bacillaires, mais aussi chez les sujets atteints d'hémoptysies non tuberculeuses, au cours de la silicose en particulier, et de bien connaître les aspects radiologiques que S. et U. montrent sur de nombreux clichés. Le diagnostic différentiel radiologique se pose avec les « ensemencements intra-canaliculaires » sans hémoptysie, la forme miliaire hématogène de la tuberculose et la silicose.

G. Basch.

Lange. ***Apparition et évolution de la primo-infection tuberculeuse chez les adultes*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, t. 78, n° 3, 1937). — L. passe en revue les travaux faits en différents pays sur cette question et résume les conclusions des auteurs : La primo-infection chez l'adulte est plus fréquente qu'on ne l'a cru pendant un certain temps ; elle se manifeste par l'apparition d'une cutiréaction positive ; elle entraîne une mortalité supérieure à celle que l'on observe chez les sujets du même âge contaminés depuis plus longtemps. Si chez le plus grand nombre, elle ne se manifeste par aucun symptôme, dans quelques cas elle est suivie d'une tuberculose aiguë mortelle. La maladie se déclare le plus souvent dans les deux premières années qui suivent l'infection. Enfin le tableau clinique ne se distingue pas des manifestations qui accompagnent les réveils de tuberculoses anciennes, sauf dans un certain nombre de cas, qui rappellent la primo-infection de l'enfant.

L. insiste sur l'intérêt qu'il y a à adjoindre la cutiréaction aux examens radiologiques systématiques que l'on pratique actuellement en Allemagne dans les collectivités d'adultes jeunes exposés à l'infection.

G. Basch.

Nicolaï. ***Le traitement des diabétiques atteints de tuberculose pulmonaire grave*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, t. 78, n° 3, 1937). — N. rapporte 4 démonstratives observations de malades qui furent pratiquement guéris, malgré la coïncidence d'un diabète sévère et d'une tuberculose pulmonaire grave. La meilleure méthode est de les soumettre à un régime suffisamment riche en hydrate de carbone pour préserver le glycogène tissulaire, et pauvre au contraire en graisses et en albumines, tout en leur administrant des doses suffisantes d'insuline, déterminées d'après le chiffre de la glycémie, mesuré quotidiennement.

Chez des malades déjà traités par l'insuline, mais soumis à un régime pauvre en hydrate de carbone, malades ayant présenté malgré la thérapeutique des accidents de coma, l'augmentation de la ration hydrocarbonée eut les meilleurs résultats, sans qu'il ait été nécessaire d'augmenter d'une quantité correspondante les doses d'insuline.

Ainsi ont été cliniquement guéris des sujets dont l'affection pulmonaire à elle seule justifiait un pronostic des plus réservés.

G. Basch.

Gogga et **Scholz**. ***Le métabolisme de la vitamine C dans la tuberculose pulmonaire*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, t. 78, n° 4, 1937, p. 233-237). — G. et S. exposent leur méthode de titrage de l'acide ascorbique dans l'urine, méthode comportant la comparaison de l'élimination au cours d'un régime équilibré et de l'élimination provoquée par absorption de 200 milligrammes d'acide ascorbique. Alors que chez les sujets normaux, on constate une élévation notable de l'acide éliminé, chez les bacillaires de toutes catégories l'absorption de vitamine C sous forme de « Cebion » ne provoque aucune élévation du taux de l'acide ascorbique éliminé. Il existe donc une certaine carence en vitamine C chez les tuberculeux, dont l'organisme est susceptible de fixer les apports en vitamine que l'on peut lui fournir.

G. et S. n'ont pu cependant tirer des conclusions thérapeutiques fermes, mais considèrent l'administration de vitamine C comme un bon adjuvant aux autres traitements. Dans les cas d'hémoptysies sévères, la médication par la vitamine C n'a pas donné de résultats satisfaisants.

G. Basch.

Kleesattel. ***Traitement des cavernes par l'ouverture*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, t. 78, nos 5-6, 1937, p. 305-318). — K. résume ainsi les indications de cette thérapeutique : processus tuberculeux ayant une tendance spontanée à la guérison et évoluant chez des sujets jeunes ; thoracoplastie préalable et essai infructueux des autres méthodes usuelles (pneumo, plombage, etc...), pour réduire ce qui subsiste de la caverne, caverne qui doit être relativement isolée, et dont l'emplacement doit être exactement repéré ; les cavernes très superficielles, et particulièrement celles du lobe moyen, sont les plus favorables.

Il ressort d'un cas longuement suivi et particulièrement favorable les conclusions suivantes : les suites opératoires durent environ quatre mois ; le traitement opératoire ne réalise pas seulement un drainage mais met en jeu un processus actif amenant une transformation fibreuse. Néanmoins on ne peut pas compter sur une stérilisation complète, et les indications de cette méthode restent assez limitées.

G. Basch.

Sieke. ***Recherches concernant l'influence des interruptions et reprises du travail sur l'évolution du processus tuberculeux*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, t. 78, nos 5-6, 1937, p. 356-362). — Malgré le chômage des précédentes années, on n'a pas observé de recrudescence de la mortalité par tuberculose, et de nombreux auteurs ont estimé que ce fait était imputable à l'influence généralement favorable de l'arrêt du travail. S. s'est livré à un travail statistique concernant la ville de Hagen, cité industrielle de 150.000 habitants et portant sur la morbidité par tuberculose dans cette ville au cours des années 1932 à 1935, en fonction de l'importance décroissante du chômage pendant ces quatre années. Pour chaque année, il a établi comparativement chez les sans travail et chez les ouvriers pourvus d'un emploi le nombre des sujets porteurs d'une tuberculose ouverte, de ceux chez lesquels on ne décelait qu'une tuberculose inactive, enfin de ceux qui après une période de maladie étaient en phase de guérison. Tableaux et courbes montrent que la suspension du travail entraîne une amélioration dans l'état des malades tandis que les ouvriers travaillant dans des fabriques ou usines n'ont guère à espérer une amélioration. De telle sorte que beaucoup de malades mis au repos forcé par le chômage ont vu pendant cette période le processus morbide s'arrêter, et ont rechuté après la reprise du travail.

G. Basch.

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL (Londres)

Thomas Lewis. ***Un flutter auriculaire existant depuis 24 ans*** (*British medical journal*, n° 3989, 19 Juin 1937, p. 1248). — En 1912, L. vit pour la première fois un clergyman qui vint le consulter parce qu'il souffrait depuis son enfance de crises de tachycardie paroxystique et que depuis trois ans son pouls battait d'une façon continue à 140-160. L'électrocardiogramme montra qu'il était atteint de flutter auriculaire. Ses oreillettes battaient à 260-300 et ses ventricules à 140-150. Le malade ne put supporter ni la digitale ni le strophantus.

Revu en 1933 le malade qui était resté alerte et vigoureux avait encore un flutter auriculaire, mais ses oreillettes ne battaient plus qu'à 210-214 et les ventricules à 102-110 sans qu'il y ait dilatation cardiaque. Cette diminution de fréquence est due probablement à un allongement du temps de propagation de l'onde à travers le faisceau de His et il serait intéressant de savoir si c'est un fait souvent observé dans les cas de flutter qui ont la chance de vieillir.

André Plichet.

I. M. Sclare. ***Hypo-adrénalisme et pellagre. Le rôle de la carence en vitamines*** (*British medical journal*, n° 3989, 19 Juin 1937, p. 1249-1251). — La pellagre est due à une carence en vitamine B_2. On peut guérir cette maladie par l'adjonction de cette vitamine au régime. Contrairement à cette opinion, S. pense que le facteur étiologique fondamental de la pellagre est l'hypo-adrénalisme et que l'avitaminose est un facteur accessoire.

A propos d'une observation d'un cas de pellagre avec pigmentation intense, diarrhée, amaigrissement et hypotension, s'étant terminé par la mort, S. discute les rapports de la maladie d'Addison et de la pellagre. Il est évident qu'un certain nombre de symptômes sont communs aux deux maladies, que d'autre part, la pellagre peut guérir par l'adjonction au régime non pas seulement de vitamine B_2, mais encore de vitamine C. Or, les surrénales sont particulièrement riches en vitamine C et la vitamine C augmente la production de la sécrétion du cortex surrénal. De plus, la vitamine C diminue la pigmentation addisonienne et, dans l'observation de cette malade, la pigmentation diminua après la prise de jus de citron.

A côté de la pellagre, on a voulu placer un groupe spécial : la pellagre secondaire à des lésions gastro-intestinales. On pourrait aussi bien décrire une maladie d'Addison secondaire à ces mêmes lésions gastro-intestinales qui empêchent l'absorption régulière de vitamines nécessaires au fonctionnement surrénal. De sorte que l'on pourrait considérer la pellagre comme une manifestation d'hypoadrénalisme déterminé par une avitaminose.

Dès lors le traitement de la pellagre doit comprendre : un régime riche et varié avec adjonction de vitamines A., B., C. et D, des injections de cortex surrénal, du chlorure de sodium, de l'acide chlorhydrique, de la pepsine, du protoxalate de fer et de l'adrénaline.

André Plichet.

John Ingham. ***Les quantités de chlorure de sodium contenues dans le liquide céphalo-rachidien des méningites tuberculeuses*** (*British medical journal*, n° 3993, 17 Juillet 1937, p. 111-113). — Normalement le liquide céphalo-rachidien con-

tient 700 à 750 milligr. de chlorure de sodium par 100 cmc et la diminution de cette quantité est une des caractéristiques de l'inflammation des centres nerveux. Dans la méningite tuberculeuse la chute du chlorure de sodium est encore plus importante.

I. a repris ces recherches. Chez 6 individus normaux, le taux du chlorure de sodium dans le liquide céphalo-rachidien était de 715 milligr. en moyenne pour 100 cmc. Chez 10 malades atteints de lésions tuberculeuses autres que les méningites, le taux moyen du chlorure de sodium était de 633 milligr.

Dans 26 méningites non tuberculeuses, le taux moyen était de 632 milligr.

Dans 84 cas de méningite tuberculeuse, 2 cas seulement avaient un liquide céphalo-rachidien où le chlorure de sodium dépassait 550 milligr. La moyenne était de 510 milligr.

La technique pour le dosage du chlorure de sodium est décrite dans cet article.

André Plichet.

Geoffroy Jefferson. ***L'ablation du lobe frontal droit ou gauche*** (*British medical journal*, n° 3995, 31 Juillet 1937, p. 199-205). — Sur 8 malades opérés pour tumeur du lobe frontal, deux moururent et parmi les 6 survivants, l'opération porta, chez 3 malades, sur le lobe droit, chez les autres sur le lobe gauche. J. n'enleva pas le lobe entier mais une zone importante. Chez ces malades, il n'y eut aucune altération mentale particulière. Le lobe frontal ne doit donc pas être considéré comme la seule localisation de l'intelligence.

Contrairement à ce que beaucoup d'auteurs pensent, l'ablation du lobe frontal gauche ne donne pas plus de troubles que celle du lobe frontal droit à moins que la tumeur ne s'étende aux centres du langage.

Les symptômes mentaux qui jusqu'ici faisaient partie de la symptomatologie des tumeurs du lobe frontal sont en grande partie dus soit à l'œdème cérébral, soit à l'anémie par compression de la tumeur. L'hypertension cranienne donne plus de symptômes mentaux que la tumeur frontale elle-même. Celle-ci se signale davantage par des signes moteurs sensoriels: anosmie, baisse de l'acuité visuelle, que par des troubles mentaux. Quant à la toxémie due à la tumeur elle-même, F. et Macdonald n'ont jamais pu mettre en évidence la production d'histamine au niveau de la tumeur.

André Plichet.

John C. Thomas. ***L'exclusion de la paternité par les groupes sanguins*** (*British medical journal*, n° 3997, 14 Août 1937, p. 315-319). — Devant les demandes croissantes pour l'introduction de ce test dans les recherches de la paternité, T. a repris les recherches faites précédemment par Harley et Roche Lynch et donne dans cet article des tables montrant les exclusions de paternité en partant des groupes sanguins auxquels appartiennent soit la mère, soit l'enfant.

Dans la plupart des cas, la possibilité d'une erreur résulte plus du fait de la technique que dans une déviation des lois qui gouvernent l'hérédité des groupes sanguins. André Plichet.

J. R. Mutch et **H. D. Griffith.** ***L'adaptation à l'obscurité comme test de la quantité de vitamine A absorbée*** (*British medical journal*, n° 4002, 18 Septembre 1937, p. 565-570). — Quand un sujet venant de la lumière entre dans une chambre obscure, il reste aveuglé pendant un certain temps. Ce temps d'adaptation, décrit par Aubert en 1865, est variable suivant les sujets. On sait maintenant qu'il est en rapport avec le régime et qu'il est plus allongé chez les sujets vivant dans certaines conditions. C'est ainsi que les pêcheurs du Labrador voient difficilement la nuit en été et, qu'au contraire, ils ont une adaptation pour le noir facile en hiver parce qu'ils boivent de l'huile de foie de morue. Ces faits ont été naturellement rapprochés de la production expérimentale de l'héméralopie et de la xérophtalmie chez les rats carencés en vitamine A.

Avec un appareil basé sur la lecture en chambre noire, M. et G. ont pu voir que le temps d'adaptation au noir pouvait être raccourci notablement en donnant de la vitamine A aux sujets qui ont une adaptation défectueuse. L'appareil est suffisamment simple pour qu'un enfant de 6 ans intelligent puisse donner une réponse correcte.

André Plichet.

Ivor J. Davies. ***Les effets toxiques de la benzédrine*** (*British medical journal*, n° 4003, 25 Septembre 1937, p. 615-617). — Dans un mouvement médical paru dans *La Presse Médicale* du 21 Août 1937, Ph. Pagniez a rappelé les différentes propriétés de ce corps synthétique, voisin de l'adrénaline et de l'éphédrine, utilisé d'abord par Prinzmétal et Blomberg dans la narcolepsie et dont l'usage s'est étendu à d'autres affections. Ce corps a connu, en Amérique, une fortune singulière en raison de son action stimulante. Doué de propriétés vaso-constrictives, agissant sur le système nerveux végétatif, paralysant l'activité intestinale, élevant la pression sanguine, la benzédrine peut amener certains troubles. Parmi ceux-ci les accidents cardiaques sont les plus fréquents et les plus graves. Anderson et Scott ont attiré l'attention sur ces accidents. On remarque de la pâleur ou, au contraire, de la rougeur du visage, des irrégularités du pouls et de la tension artérielle et, dans 6 cas, on nota des extrasystoles, un « heart block » et des douleurs rétro-sternales avec irradiation dans le bras gauche. Chez un sujet même, on observa des symptômes de collapsus.

Myerson, Loman et Dameshek, ayant administré des doses de 9 à 50 milligr. de benzédrine par voie sous-cutanée, notèrent dans 4 cas une arythmie sinusale ou extra-systolique et une élévation des globules rouges et des globules blancs allant même jusqu'à une polycythémie de 10 millions.

Anderson et Scott concluent qu'il ne faut pas dépasser la dose de 20 milligr. par jour, particulièrement chez les sujets âgés, jusqu'à ce que les effets de la benzédrine soient entièrement connus.

D. rapporte le cas d'un étudiant en pharmacie, vigoureux, âgé de 26 ans, qui, pour passer son « définitif », prit, pendant cinq jours, 20 milligr. par jour de benzédrine. Il n'observa pas tout d'abord d'effet fâcheux, au contraire son travail était rendu plus facile et il parlait plus aisément. Les trois jours suivants, il ne prit que 10 milligr. par jour. Le sujet ressentit alors une céphalée lancinante et se trouva dans l'impossibilité de dormir. Après quelques jours d'interruption, il reprit le médicament et, le dix-neuvième jour de ce traitement, ayant pris au total 190 milligr. de benzédrine, il entrait en collapsus: pouls filant, faible, irrégulier, pupilles dilatées, extrémités froides, vomissements; pas d'hémorragies, pas d'anurie, température normale, pas d'hyperglobulie, mais une diminution de la valeur globulaire. Le malade guérit lentement.

D. conclut en demandant que la vente de ce produit soit surveillée, en raison des accidents que son ingestion peut amener. André Plichet.

H. G. Mac Gregor. ***L'anémie pernicieuse associée au diabète sucré*** (*British medical Journal*, n° 4003, 25 Septembre 1937, p. 617-619). — Cette association, décrite pour la première fois en 1910 par Parkinson, est relativement fréquente puisque Root, en 1931, en rapportait 48 cas et, en 1933, une nouvelle série de 31 cas. La proportion par rapport au diabète est de 1 pour 100 environ. Dans la plupart des cas, le diabète est primitif et, jusqu'à présent, on n'a pas rencontré cette association chez de jeunes sujets.

Différentes théories ont été avancées pour expliquer cette association. En 1887, Claude Bernard a produit l'hyperglycémie chez des chiens par des saignées répétées. Plusieurs auteurs ont trouvé dans l'anémie une augmentation de la glycémie et, d'autre part, le diabète donne de l'achlorhydrie, facteur d'anémie. En 1929, Blotner et Murphy virent que l'administration orale de foie abaissait la glycémie. Aucune explication valable n'a pu être trouvée pour cette association qui, pour la plupart des auteurs, n'augmente pas sensiblement la gravité de l'une ou l'autre maladie.

André Plichet.

SURGERY, GYNECOLOGY and OBSTETRICS (Chicago)

M. K. Fuller, D. D. M. Cook, O. M. Walter et **N. Zbitnoff** (Chicago). ***L'entérectomie dans le traitement chirurgical de la cirrhose hépatique ou de l'obstruction portale avec ascite*** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **65**, n° 3, Septembre 1937, p. 331-335). — F., C., W. et Z conseillent, en cas d'ascite par cirrhose atrophique du foie ou obstruction de la veine porte, de pratiquer une résection étendue de l'intestin grêle de 7 à 12 pieds (2 m. 30 à 4 m.), à laquelle on peut ajouter une omentopexie et même plus tard une splénectomie.

Ce mode de traitement nouveau se base sur quatre raisons. La suppression d'une grande longueur d'intestin diminue considérablement l'apport sanguin du foie et favorise par suite la circulation dans la veine porte.

L'absorption intestinale étant nettement diminuée, il y a encore de ce fait diminution de la quantité de liquide qui a à s'écouler par la veine porte.

Elle diminue la veinosité du sang de la veine porte. Elle diminue la surface du péritoine viscéral qui transsude le liquide ascitique sans modifier la surface du péritoine pariétal qui le résorbe.

A l'appui de leur manière de voir, F., C., W. et Z rapportent une observation. Il s'agit d'un homme de 36 ans atteint d'ascite par cirrhose atrophique du foie comme le confirmera la laparotomie. En 19 mois il a fallu pratiquer 21 ponctions. Le 29 Août 1934, on pratique chez lui une résection de 2 m. 20 d'intestin grêle à partir de 30 cm. de l'angle duodéno-jéjunal. Réunion des deux bouts par anastomose latérale. Guérison opératoire.

Cette résection n'empêcha pas la reproduction de l'ascite, mais après une période de diminution progressive qui dura 9 mois, l'ascite a complètement disparu et ne s'est pas reproduite depuis 29 mois.

La malade est maintenant en excellent état.

M. Guibé.

ANNALI DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA (Milan)

E. Momigliano (Rome). ***Recherches expérimentales comparatives entre la castration actinique et la castration opératoire. Modifications secondaires de l'hypophyse, de la thyroïde et des surrénales*** (*Annali di Ostetricia e Ginecologia*, t. **59**, n° 9, 30 Septembre 1937, p. 1023-1069). — La suppression actinique, aussi bien que l'exérèse opératoire des ovaires, entraîne des modifications anatomiques (qui conditionnent à leur tour très vraisemblablement des modifications fonctionnelles) des autres glandes à sécrétion interne.

Il existe cependant entre ces deux modes de castration une certaine discordance. C'est ainsi que l'ablation opératoire des ovaires entraîne des modifications précoces et intenses des glandes en rapport fonctionnel étroit avec l'ovaire : hypophyse, thyroïde, surrénales. Ces modifications suivent un rythme et une intensité habituellement constante. Par contre, la castration actinique entraîne des changements morphologiques étroitement en rapport avec l'intensité des radiations stérilisantes. En effet, l'augmentation de la dose irradiante provoque une

accentuation, quelquefois une franche accélération, des modifications qui se produisent dans les diverses glandes à sécrétion interne. Ces modifications sont de l'ordre hypertrophique et hyperplastique.

L'involution de l'appareil folliculaire ne paraît pas exercer toujours une évidente influence. La persistance de la sécrétion interne de l'ovaire, que prouve l'absence des altérations trophiques à la charge des organes génitaux, et la continuation des phénomènes œstraux, justifie l'impression que l'involution de l'appareil folliculaire est insuffisante à troubler l'équilibre hormonal. Mais les troubles de déséquilibre coïncident habituellement avec l'involution secondaire de la glande interstitielle.

L'irradiation n'entraîne pas, au début du moins, une véritable castration ; l'involution de l'appareil folliculaire se résout simplement pendant un certain temps à une stérilisation de l'ovaire.

Marcel Arnaud.

ARCHIVIO ITALIANO DI CHIRURGIA (Bologne)

Marcello Foa (Turin). ***Recherches électrocardiographiques sur des individus soumis à différents types d'anesthésies*** (*Archivio Italiano di Chirurgia*, vol. 47, nº 1, Septembre 1937, p. 37-62). — Les recherches ont porté sur 45 patients opérés à l'anesthésie locale ou rachidienne, aux narcoses éthérées ou au chlorure d'éthyle, à l'Enarcon intraveineux, anesthésies précédées ou non d'une injection de scopolamine-morphine.

Les électrocardiogrammes ont été faits la veille de l'opération, pendant l'opération elle-même et à divers moments de l'état post-opératoire. Les conclusions concordent avec celles émises en 1936 par Kurtz, Bennett et Shapiro. Comme pour ces auteurs le fait qui a frappé est le nombre considérable d'arythmies que donnent les anesthésiques pendant leur administration. Mais il est remarquable que les cœurs sains et pathologiques se comportent à peu près de même manière et que l'arythmie varie peu suivant la profondeur de l'anesthésie. Quant aux diverses phases opératoires et aux manœuvres auxquelles elles donnent lieu elles n'ont pas d'action bien franche sur les électrocardiogrammes.

Les altérations les plus importantes et les plus fréquentes restent donc les variations du rythme avec modifications de l'amplitude des ondes R, Q et S, et par-dessus tout de l'onde T qui est souvent inversée. Mais toutes ces modifications sont de courte durée. Elles cessent habituellement avec la fin de l'anesthésie. Exceptionnellement elles durent jusqu'à l'heure de la guérison opératoire.

Toutes les anesthésies provoquent ces altérations des courbes électrocardiographiques. L'éther provoque l'altération majeure du rythme, de l'amplitude des ondes et de la conduction du stimulus. Les anesthésies locale ou rachidienne ne donnent pas d'arythmie, mais fournissent de très fréquentes variations d'amplitude et des troubles de conduction.

Marcel Arnaud.

NEOPSICHIATRIA

Marino Benvenuti. ***Etude clinique et expérimentale sur les modifications du syndrome parkinsonien post-encéphalitique consécutives à l'action de la « cure bulgare »*** (*Neopsichiatria*, année 3, volume 3, nºs 1, 2, Janvier-Avril 1937, p. 59-141). — En 1931 Roemer apporta les résultats de ses recherches sur le traitement des états parkinsoniens par l'atropine à haute dose. B. après beaucoup d'autres auteurs italiens apporte les résultats obtenus dans 200 cas de parkinsonisme par la belladone à haute dose. Il semble que ce mode de traitement donne des résultats supérieurs à ceux de Roemer parce qu'il met en jeu des alcaloïdes multiples, en dehors de l'atropine.

Les malades de B. comprenaient 70 parkinsoniens légers, 102 parkinsoniens de gravité moyenne, et 28 parkinsoniens graves. Sur ces 200 cas, B. a obtenu 83 pour 100 d'amélioration, dont 10,5 pour 100 d'amélioration importante, 33 pour 100 d'amélioration notable, et 39,5 pour 100 d'amélioration légère ; 14 pour 100 des cas n'étaient pas modifiés, 1,5 pour 100 étaient intolérants à la cure, et 1,5 pour 100 des cas furent mortels. Cette statistique montre, outre les bons résultats, que la « cure bulgare » fut mieux supportée que la méthode de Roemer. Les intolérances furent presque toujours surmontées par des soins hygiéniques appropriés.

B. passe en revue l'action du traitement sur les divers éléments du syndrome parkinsonien : la rigidité qui semble l'élément le plus heureusement modifié ; les crises oculogyres ; les déformations articulaires ; la roue dentée avec des graphiques probants ; les réflexes de posture élémentaires avec des graphiques démonstratifs également ; les modifications des réactions électriques (examen faradique et galvanique, réaction de Söderberg et réaction de Halle) ; le tremblement qui est assez peu sensible au traitement ; les troubles de l'écriture et de la parole favorablement influencés ; les troubles végétatifs et de la régulation thermique.

B. mentionne également les modifications discrètes en général des troubles mentaux étudiées avec des techniques psychométriques et psychochronométriques.

B. mentionne pour terminer les effets des mesures hygiéniques, diététiques, physiothérapiques et psychothérapiques qui ont été associées à la « cure bulgare ».

H. Schaeffer.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Bâle)

L. Michaud. ***Le traitement de l'intoxication mercurielle aiguë par l'hydrogène sulfuré (antidote Strzyrowski)*** [*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. 67, nº 35, 28 Août 1937, p. 818-820). — Dans l'intoxication mercurielle aiguë, les symptômes rénaux sont au premier plan. Pour M. quand l'azotémie et l'acidose s'élèvent, en même temps que la chlorémie s'abaisse, le pronostic est mauvais. Le processus à combattre avant tout en pareil cas est constitué par l'acidose ainsi que par l'hypochlorémie qui en résulte. En rétablissant les réserves alcalines, on a des chances de permettre aux reins de récupérer leurs fonctions. C'est pourquoi M. administre aux intoxiqués des solutions de NaCl ou de $NaHCO_3$. Cette méthode donne des résultats intéressants.

Mais d'un autre côté, C. Strzyzowski a cherché une méthode permettant de précipiter les métaux lourds et a recommandé pour cela l'hydrogène sulfuré. Une préparation stable de ce gaz se présente sous forme d'un liquide limpide, jaunâtre, à odeur sulfhydrique très prononcée. Cet antidote agit efficacement comme C. Strzyzowski l'a montré sur lui-même, quand il est administré immédiatement après le sublimé. Par contre, chez un malade de M. amené cinq heures après l'absorption de 10 grammes de sublimé, la préparation sulfhydrique n'a eu aucun effet. Par contre, une femme de 34 ans, ayant ingéré 1 gr. de sublimé et soignée deux heures plus tard, a pu, grâce à un lavage d'estomac, à de l'antidote et à des injections intraveineuses de sérum physiologique ou glucose, être sauvée.

Elle a cependant présenté une néphropathie grave. Ainsi, l'antidote introduit assez rapidement prévient la néphropathie, mais déjà au bout de deux heures, la quantité de sublimé résorbée peut être telle que la néphropathie n'est pas évitée. Il n'est pas certain, d'autre part, que l'hydrogène sulfuré puisse agir pour précipiter le mercure ailleurs que dans l'intestin, c'est-à-dire dans le sang ou dans les reins eux-mêmes. Néanmoins, ce médicament peut rendre de grands services dans les cas où le traitement est fait précocement.

P.-E. Morhardt.

E. Glanzmann. ***Le problème du purpura fulminans*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. 67, nº 35, 28 Août 1937, p. 829-830). — Le purpura fulminans de Henoch est assez rarement observé. Depuis 1887 on n'en a publié que quelques cas, auxquels G. en ajoute un, concernant un nourrisson de 6 mois et demi, nourri pendant deux mois au lait de femme, puis avec une alimentation au lait, à la farine et aux fruits. Depuis quinze jours, l'enfant faisait une bronchopneumonie, lorsqu'il apparut brusquement des taches sanglantes au niveau du visage, taches qui augmentèrent rapidement, s'étendirent aux deux bras et aux pieds et s'accompagnèrent de phlyctènes, mais sans intéresser le tronc ni les muqueuses, et auxquelles se mêlèrent quelques éléments papuleux et urticariens.

A l'examen on ne constata pas d'anomalie bien marquée de la formule sanguine. Le temps de saignement était de 2 minutes 1/2 ; le temps de coagulation de 8 minutes et le fibrinogène normal; le sucre du sang atteignait 182 milligrammes pour 100 grammes ; le signe de Rumpel-Leede était négatif. On trouva dans le pharynx des pneumocoques du groupe IV et divers autres organismes mais rien dans les phlyctènes, ni dans le liquide céphalo-rachidien. On administra du sérum antiméningococcique, du calcium, de l'acide ascorbique (redoxon), des hormones de la cortico-surrénale, etc. Au bout de cinq jours toutes les hémorragies sous-cutanées avaient pâli. Il survint dix jours plus tard une otite moyenne, puis bientôt des germes divers et très abondants apparurent dans les urines. Un mois après l'entrée, l'enfant sortit guéri et en très bon état.

Il semble que dans cette affection, il s'agisse de phénomènes non pas proprement anaphylactiques, mais anaphylactoïdes, déterminés par une sensibilité extrêmement marquée de la peau. Malgré les bons effets obtenus par l'acide ascorbique, une genèse scorbutique n'intervient pas. Cependant la vitamine C, en rendant les vaisseaux étanches, doit avoir efficacement soutenu l'action du calcium.

P.-E. Morhardt.



CHLORO-CALCION

REVUE DES JOURNAUX

GAZETTE HEBDOMADAIRE des SCIENCES MÉDICALES DE BORDEAUX

J. Sabrazès, J. Bideau et Glaunès. ***Leucémie myéloïde benzolique chez un ouvrier travaillant dans une miroiterie*** (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, t. 58, nº 43, 24 Octobre 1937, p. 676-680). — Un doreur sur bois dans une miroiterie, âgé de 41 ans, présentant de la toux, de la lassitude, des maux de tête et des troubles de la vue, dus à des hémorragies du fond d'œil, avait 2.500.000 globules rouges, 105.000 globules blancs, avec la formule leucocytaire suivante: hémocytoblastes et leucoblastes 15 pour 100; myéloblastes proneutrophiles 10 pour 100; myélocytes neutrophiles 6 pour 100; myélocytes éosinophiles 3 pour 100; polynucléaires neutrophiles 59 pour 100; lymphocytes 5 pour 100; monocytes 2 pour 100. Sa rate était augmentée de volume et il présentait quelques ganglions sous-maxillaires.

La dorure sur bois comporte des manipulations d'essence de térébenthine, d'huile de lin, de feuilles de cuivre, d'argent, de bronze et d'or. On utilise aussi des peintures à base de cellulose comportant des gommes laques et divers vernis dilués dans l'essence de térébenthine ou dans l'alcool. Au-dessous de l'atelier où travaille ce malade, on procède à l'argenture des glaces, ce qui exige une manipulation constante des produits à base de benzol. A côté de l'atelier de dorure on applique aux glaces un procédé pour lequel on utilise de la benzine, de l'ammoniaque et un enduit où est incorporé du trioxyméthylène.

L'analyse d'urines du malade a montré la présence d'indol.

Deux autres ouvriers de cette usine ont abandonné leur travail parce qu'ils étaient devenus anémiques.

Cette leucémie myéloïde, observée dans une miroiterie, semble pouvoir être attribuée au benzol.

Robert Clément.

LE PROGRÈS MÉDICAL (Paris)

B. Guyot. ***Remarques sur le traitement des états schizophréniques par le coma insulinique*** (*Le Progrès médical*, 65e année, nº 44, 30 Octobre 1937, p. 1521-1526). — L'observation de 700 comas pratiqués sur 40 malades permet de conclure que la sécurité du coma insulinique dépend essentiellement d'une connaissance approfondie de la séméiologie et d'une technique rigoureuse. La première phase d'accablement n'offre pratiquement pas grand danger. La deuxième, de défense, peut être interrompue soudain par un accident grave, tel que œdème aigu du poumon, spasmes de la glotte, crises épileptiques. La troisième phase de coma vrai présente un danger fondamental, le coma lui-même et un danger accidentel, l'asphyxie. Le coma hypothermique, avec bradycardie et chute de tension, est impressionnant, mais il réagit parfaitement à son antidote, le sérum glucosé. Cependant certains restent réfractaires à l'administration du sucre. Parmi les comas persistants, ceux qui s'accompagnent d'hypoglycémie ne sont qu'apparemment réfractaires à l'action du sucre, ils ont reçu une dose excessive d'insuline et les premières injections glucosées restent sans effet. Dans les autres, tout se passe comme s'il y avait sensibilisation de l'organisme au toxique. Les comas persistants sans hypoglycémie sont graves et correspondent probablement à une lésion organique irréversible.

Deux fois seulement, on a eu une séquelle neurologique, hémiparésie qui n'a pas persisté.

Les malades soumis au traitement présentaient des états schizophréniques, vieux de 6 et 7 années. 36 ont témoigné à un moment donné une modification profonde de leur état mental. Dans un cas une éclaircie unique d'un 1/4 d'heure à une 1/2 heure a été sans lendemain. 6 malades ont présenté des améliorations passagères pour retomber dans leur état antérieur. 8 ont eu des améliorations qui remontent actuellement à 3 mois au minimum, 5 ont été remis en liberté.

Si la méthode est loin d'être toujours efficace, les résultats obtenus méritent qu'on travaille à la perfectionner.

Robert Clément.

REVUE FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE (Paris)

G. Cotte et P. Bertrand. ***Remarques sur la fixation ligamentaire de l'utérus à propos de quelques cas de déligamentopexie*** (*Revue française de gynécologie et d'obstétrique*, t. 32, nº 10, Octobre 1937, p. 674). — La fixation ligamentaire de l'utérus suivant le procédé de Doléris constitue une opération simple, facile et ne comporte, pour ainsi dire, pas d'aléas. Lorsque les indications en ont été bien posées, elle donne d'excellents résultats immédiats et éloignés. Encore faut-il qu'au cours de l'intervention, on ne méconnaisse pas certains détails de technique dont l'inobservation est matière à incidents. Sur plus de 2.000 fixations exécutées par lui, C. n'a jamais observé le moindre accident. Par contre, dans cinq cas, il a été amené à faire une déligamentopexie.

Parmi les écueils, il n'envisage pas les cas où la fixation n'a pas tenu (avec ou sans grossesse): peut-être, dans certains cas, les ligaments étaient-ils trop grêles et aurait-il été plus sage d'utiliser un autre procédé ou bien de compléter la fixation par le cloisonement du cul-de-sac de Douglas.

Les ligaments ronds ont une disposition anatomique qui varie beaucoup d'une malade à l'autre. Tantôt leur insertion utérine se fait au niveau de la corne et, tantôt, beaucoup plus bas. Et ceci peut avoir une réelle importance quant au résultat: en effet, il faut veiller, au cours de l'intervention, à ce que l'utérus ne soit fixé ni trop, ni trop peu. S'il est trop fixé, cela peut-être la cause de phénomènes douloureux, et, en outre, en cas de grossesse, on risque de voir les mêmes accidents qu'après une hystéropexie corporéale. C. et B. en rapportent une observation avec fausse couche consécutive.

Parmi les petits accidents, C. signale de petites hernies diverticulaires, qu'on peut voir quelquefois dans l'angle externe de la cicatrice, au point même où l'on a fait passer le ligament pour l'inclure dans la paroi. Il lui est arrivé, quelquefois, de voir, au cours d'une fixation dans laquelle le ligament rond passait « à frottement dur » à travers la brèche péritonéale, se produire sous ses yeux ce petit diverticule. Il suffit, alors, avec le bec d'une pince hémostatique, de donner un peu de jeu au péritoine pour qu'il reprenne sa place. Ces petites hernies ne sont jamais bien graves et il est rare qu'elles amènent à une réintervention. Il n'en est pas de même dans les cas où la ligamentopexie a provoqué une coudure plus ou moins prononcée des trompes et, à plus forte raison, dans ceux où il y a eu une adhérence de celles-ci à la paroi. Cet accident a été assez rarement signalé; mais, peut-être, existe-t-il beaucoup plus souvent qu'on ne pourrait le croire. Des infections annexielles ayant ou non comme point de départ une salpingite demeurée latente au moment de la ligamentopexie sont favorisées par cette soudure des trompes.

Aussi graves que les possibilités d'annexites sont les possibilités de grossesses ectopiques dans ces trompes coudées.

Au cours de ces trois dernières années, C. a dû réintervenir trois fois sur des femmes opérées et accusant des douleurs persistantes et de la dysménorrhée. Trois fois, il trouva à l'intervention une inclusion des trompes dans la paroi abdominale.

Dans les cas où, par suite du raccourcissement des ligaments ronds, une telle tubo-plicature paraît inévitable, il faut faire une petite plastie du péritoine du ligament large dont la technique est exposée tout au long.

Il suffit d'être prévenu de la possibilité des accidents de ligamentopexie pour les éviter. Mais, quand on les constate plus ou moins tardivement, il faudra les traiter et pratiquer la déligamentopexie.

Schématiquement, cette intervention se compose de trois temps successifs. Il faut: 1° libérer les ligaments ronds; 2° agir sur les trompes coudées et incarcérées; 3° refixer l'utérus, soit en cloisonnant le cul-de-sac de Douglas, soit, si les ligaments ronds sont devenus inutilisables, terminer l'intervention en rabattant le péritoine vésical en arrière du fond utérin, suivant la technique de Pestalozza.

Henri Vignes.

Cotte et Cavailher. ***Sur la valeur de la sympathectomie chimique en gynécologie*** (*Revue française de gynécologie et d'obstétrique*, t. 32, nº 10, Octobre 1937, p. 703). — C. n'a pratiqué que très rarement l'isophénolisation du nerf présacré. Il estime, en effet, qu'au cours d'une laparotomie, si la vérification de l'appareil génital indique d'intervenir sur le sympathique pelvien, il est plus sûr et plus efficace de rechercher la lame prélombaire dans laquelle s'éparpillent les éléments du plexus hypogastrique supérieur et de la réséquer. Dans les cas de plexalgie hypogastrique, indépendante de toute lésion génitale, il est resté fidèle à la résection du nerf et n'a pas cru devoir lui substituer la sympathectomie chimique. Mais le problème est différent dans le cas de névralgie ovarienne où c'est le plexus utéro-ovarien qui est en cause et des ovarites scléreuses ou scléro-kystiques qui se traduisent par des douleurs au moment de l'ovulation et par des douleurs continuelles dans les reins avec propagation vers l'aine ou vers la région obturatrice.

La castration, souvent pratiquée, si elle suffit quelquefois à faire disparaître les douleurs, constitue une mutilation regrettable; bien souvent, d'ailleurs, elle n'a que des effets temporaires et les cas ne manquent pas où après une amélioration momentanée les douleurs réapparaissent.

A la suite de Walther, un grand nombre de chirurgiens ont fait des résections subtotales de l'ovaire, qui ont souvent donné d'excellents résultats, mais qui ne sont pas toujours radicales: après une accalmie de quelques semaines ou de quelques mois, les malades se plaignent souvent à nouveau de douleurs ovariennes.

Si l'on admet que les phénomènes douloureux ont leur origine dans une altération anatomique

ou fonctionnelle des nerfs de l'ovaire plus que dans l'ovaire lui-même, on en arrive naturellement aux interventions sur les nerfs eux-mêmes. On sait malheureusement qu'il est à peu près impossible de faire une énervation complète de l'ovaire. La technique imaginée par Dupont et Lhermitte réalise une énervation très incomplète et il n'y a rien d'étonnant à ce qu'elle reste souvent inefficace.

La section en masse du pédicule utéro-ovarien qu'avait déjà faite Ruggi vers 1900 et qui a été reprise dans ces dernières années par Castano est beaucoup plus satisfaisante; malheureusement, en sectionnant en masse le pédicule lombo-ovarien, on supprime la voie vasculaire principale de l'ovaire et cela ne paraît pas sans inconvénient pour l'ovaire.

Dès 1932, C. a pensé à employer l'isophénolisation, qui agit d'une façon élective sur les filets sympathiques sans altérer les tissus voisins.

Etant donné que cette substance n'est pas toxique, il ne s'est pas contenté de badigeonner les pédicules lombo-ovariens; mais il a, en outre, poussé une injection intra-ligamentaire de quelques centimètres cubes de cette solution au niveau du hile de l'ovaire et en plein pédicule lombo-ovarien.

Au total, il a eu recours 25 fois à cette opération. Chez neuf de ses opérées, le résultat de l'intervention a été assez satisfaisant; quatre de ces malades ont eu une grossesse consécutive, ce qui est la meilleure preuve que le fonctionnement de ces ovaires douloureux n'était pas si compromis et que ç'aurait été une faute de les sacrifier. D'autre part, l'isophénolisation n'a jamais donné un échec complet puisque, dans presque tous les cas, après l'intervention, les douleurs ont disparu pour un temps plus ou moins long et, si l'on s'en tenait à l'étude des résultats immédiats, on pourrait certainement dire que les succès sont habituels. L'analyse des résultats éloignés montre qu'ils ne sont malheureusement que temporaires.

Dans les formes légères, où l'ovaire est peu altéré, Cotte n'a pas l'impression que la sympathectomie chimique ajoute quelque chose aux résultats que donnent les résections subtotales ou bien les opérations plastiques visant à éviter le prolapsus de l'ovaire. Et, dans les formes graves, malgré l'isophénolisation complémentaire, les opérations conservatrices les mieux comprises n'ont que rarement les effets escomptés. Aussi bien, puisqu'il est difficile d'agir chirurgicalement sur les éléments de la chaîne sympathique lombaire d'où émergent les nerfs utéro-ovariens, pourrait-on essayer, du moins, de faire des infiltrations à la novocaïne. Ce serait peut-être le moyen le plus efficace de provoquer les réactions vaso-motrices dont Leriche a bien montré le rôle dans la pathogénie de beaucoup de syndromes douloureux.

Henri Vignes.

REVUE NEUROLOGIQUE
(Paris)

Marinesco. ***Contribution à l'étude des troubles sensitifs hystériques, et le rôle des réflexes conditionnels dans la physiopathologie de l'hystérie*** (*Revue neurologique*, t. 68, n° 4, Octobre 1937, p. 585-601). — En réponse à l'article de Froment paru dans la même revue, M. expose à nouveau son opinion et le résultat de ses recherches sur les caractères de l'anesthésie hystérique, et leur mécanisme.

Pour M. l'anesthésie hystérique représente une réalité physio-pathologique dont on peut déterminer les caractères à l'aide de méthodes objectives incontestables. Les tests employés sont les suivants: 1° Le test de l'eau bouillante; 2° l'enregistrement du rythme respiratoire et du pouls à la suite de l'application d'agents nociceptifs, qui montre l'existence de modifications lorsque ceux-ci sont appliqués du côté sain, et leur absence quand ils sont appliqués du côté anesthésique; 3° le test du sommeil, une excitation du côté sain réveille le malade, et reste sans effet du côté anesthésique; 4° la recherche des réflexes conditionnels montre que chez les hystériques, ces réflexes se fixent très facilement et s'inhibent très difficilement. Comme l'a montré Taylor l'hystérie est caractérisée par la faiblesse de l'inhibition et la prédominance de l'excitation. Il existerait chez ces sujets une modification de l'excitabilité des centres sous-corticaux qui, par le mécanisme de l'induction réciproque, entraîne une inhibition du cortex. La ressemblance de certains troubles de la série extra-pyramidale avec des manifestations pithiatiques, et l'existence de certaines caractéristiques végétatives particulières chez les hystériques, seraient deux arguments en faveur du dynamisme spécial des centres sous-corticaux de ces sujets.

La recherche du réflexe psycho-galvanique montre également son absence du côté anesthésique et sa présence du côté sain.

D'autre part, chez les hystériques les courants d'action sont très faibles et ne dépassent pas 30 à 35 microvolts, alors qu'ils sont de 100 microvolts chez des sujets normaux.

Tous ces faits prouvent la réalité de l'anesthésie hystérique que l'on ne saurait confondre avec la simulation. En constatant ce fait méconnu récemment par Boisseau, M. reste d'ailleurs dans la tradition de Babinski.

H. Schaeffer.

DEUTSCHES ARCHIV für KLINISCHE MEDIZIN
(Leipzig)

R. Schindlbeck. ***La valeur scientifique et pratique du tubage gastrique fractionné*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. 180, n° 5, 3 Août 1937, p. 551-578). — S. remarque que pour certains auteurs, le diagnostic gastrique par les rayons Roentgen permettrait de renoncer au tubage gastrique fractionné. Pour lui, l'étude de nombreux cas le fait arriver à des conclusions différentes. Au point de vue méthode, il utilise une sonde fine qu'il introduit par le nez et par laquelle il injecte dans l'estomac 300 cmc d'eau dans laquelle il a fait dissoudre 2 gr. d'extrait de viande Liebig. L'adjonction de bleu de méthylène à cette solution permet d'apprécier également la motilité.

Le sondage fractionné a l'avantage de pouvoir être pratiqué en consultation et de donner des résultats beaucoup plus précis que le tubage fait avec une grosse sonde 30 minutes après le repas d'Ewald-Boas. Effectivement, l'acidité, tout d'abord insuffisante, peut, au bout de 45 ou de 60 minutes, se montrer normale. De plus avec un seul tubage le facteur psychique joue un plus grand rôle. Sur 62 malades les deux méthodes ont donné des résultats concordants 19 fois; le repas fractionné a donné des valeurs plus élevées 20 fois et des valeurs inférieures 23 fois. En somme, les résultats ne sont identiques que dans 31 pour 100 des cas. Il semble que le repas d'Ewald-Boas stimule davantage la production d'acide que le sondage fractionné.

Sur 1.000 malades divers sur lesquels le sondage fractionné a été pratiqué, il en est 501 qui présentaient des affections organiques (ulcères gastro-duodénal, gastrite, cancer gastrique, cholécystopathie, anémies diverses et polyglobulie). L'acidité était normale dans la gastrite 34 fois sur 100, elle a été insuffisante 31,5 et nulle 21 fois sur 100. Dans ces deux derniers cas, on a constaté de la dégénérescence et de l'atrophie des glandes ainsi qu'une augmentation de mucus dans le liquide à jeun. Enfin il y avait hyperacidité dans 13,5 pour 100 des gastrites. Ces chiffres confirment la conception d'après laquelle la gastrite finit par entraîner de la subacidité et de l'anacidité. Dans ces affections le sondage est utile non seulement au point de vue du diagnostic, mais encore au point de vue thérapeutique. Une médication de substitution (acides et ferments) fait reparaître un chimisme gastrique normal, ou disparaître des symptômes d'origine gastrique comme le vertige, etc. Parfois la gastrite est la conséquence d'appendicite et l'intervention chirurgicale guérit du même coup les deux affections.

L'ulcus duodénal ne s'accompagne presque jamais d'anacidité, même si la gastrite concomitante est sévère. Dans l'ulcus gastrique, par contre, l'hyperacidité ne s'observe guère qu'une fois sur 5. S'il y a anacidité en cas d'ulcus duodénal on doit songer à l'existence d'une cholécystite ou d'une péricholécystite. Quand l'ulcère est duodénal la motilité est modifiée d'une façon très caractéristique: évacuation tout d'abord rapide, suivie d'un ralentissement caractérisé.

Dans les cancers de l'estomac, il y a eu anacidité 77 fois sur 100. Il semble donc que dans le diagnostic précoce de cette localisation du cancer, la disparition progressive de l'acide chlorhydrique doive éveiller l'attention. Dans les cholécystopathies, l'acidité est souvent augmentée au début et dans les formes aiguës, alors que dans les formes chroniques elle est diminuée, comme ce fut le cas 55 fois sur 100. Le sondage fractionné a donc une signification au point de vue du diagnostic différentiel entre l'ulcère duodénal et la cholécystopathie.

Au point de vue de la pathologie sanguine, l'achylie réfractaire à l'histamine s'est montrée un symptôme cardinal de l'anémie pernicieuse. Il en fut de même dans la chloranémie achylique. Inversement, dans un cas de polycythémie sévère, il a été constaté une hyperacidité gastrique considérable; de même chez 45 malades qui présentaient de l'hyperacidité et de l'hypersécrétion, on a trouvé un chiffre moyen de 5,36 millions d'érythrocytes, chiffre qui est nettement supérieur à la moyenne observée chez les sujets normaux. P.-E. Morhardt.

St. Kostakow et **F. Derix.** ***Etude de familles dans une souche à dystrophie musculaire et pronostic héréditaire de ses membres*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. 180, n° 6, 15 Septembre 1937, p. 585-606). — K. et D. ont procédé à l'étude, au point de vue clinique, thérapeutique et héréditaire, d'une souche dont ils ont pu dresser l'arbre généalogique et qui comprend 230 noms. Sur ce nombre, 14 malades furent examinés à l'hôpital ou en consultation. Cet examen fut, en général, très complet et permit de constater d'abord que la syphilis pouvait être éliminée. L'arbre généalogique ainsi dressé montre qu'il n'y a ni dominance ni récessivité simple. Tous les malades sont des hommes et proviennent de 11 ménages constitués par des couples sains dont les femmes appartiennent toutes à la même souche, les hommes ne leur étant pas apparentés. Ainsi les femmes qui sont phénotypiquement saines fonctionnent comme des conductrices et cette forme de dystrophie musculaire est liée au sexe.

Au point de vue pronostic héréditaire, il y a lieu d'admettre que les filles et les sœurs des malades sont, bien que phénotypiquement saines, génotypiquement malades. Elles constituent des hétérozygotes présentant une disposition pathologique à l'état récessif. Sur 25 femmes de la première et de la deuxième génération, 16 sont mariées et 10 sont des conductrices. Cette proportion serait vraisemblablement encore plus élevée, si trois de ces femmes n'étaient pas restées sans enfants, et si deux autres n'avaient pas eu que des filles.

En ce qui concerne les malades eux-mêmes, la gravité et le début précoce de leur état les a souvent empêchés d'avoir des enfants. Cela est particulièrement exact des formes infantiles. Chez 13 des malades observés par K. et D., la maladie avait commencé avant la 13e année. Sur les 9 qui se trouvent en âge d'avoir des enfants, il n'en est aucun qui en ait eu. Dans 8 cas on a constaté des signes d'hypogénitalisme marqués.

Si les hommes génotypiquement sains qui appar-

tiennent à ces familles épousent des femmes complètement saines au point de vue héréditaire, il n'existe aucun danger pour leur descendance.

P.-E. Morhardt.

J. Hœnig. ***Le syndrome de la thrombo-endartérite oblitérante pulmonaire*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. **180**, n° 6, 15 Septembre 1937, p. 645-663). — La thrombo-endartérite oblitérante a été décrite par Wiese, qui a eu l'occasion d'en observer 4 cas. H. en a observé lui aussi 4 cas tout à fait semblables. Dans l'un des cas, il s'agit d'un cultivateur de 17 ans, qui, depuis Mai 1936, remarque l'apparition d'œdème des jambes, œdème qui gagne peu à peu le corps tout entier. En Novembre de la même année, on fait le diagnostic de néphrose avec thrombose de la jambe droite et hypertrophie du cœur. La mort survient et l'autopsie montre l'existence d'une thrombose des vaisseaux du corps, intéressant plus spécialement les petites et les moyennes artères pulmonaires où les lésions sont plus anciennes. A ce niveau l'endartère est souvent épaissie et constituée par un tissu conjonctif pauvre en noyaux, parfois même vascularisé et riche en hémosidérine. La tunique élastique n'est pas altérée et on ne constate pas d'artérite proprement dite. Il s'agit d'infiltrations cellulaires qui ont le caractère des réactions accompagnant un processus d'organisation. Les trois autres cas observés sont assez analogues. Dans aucun de ces cas le diagnostic clinique exact ne fut fait.

Il s'agit en somme d'une affection qui dure des mois et des années, qui évolue avec les signes d'insuffisance cardiaque, accompagnés de stase viscérale, de dypsnée, de cyanose, etc. L'examen clinique des poumons ne révèle aucune altération et plus spécialement on ne constate pas de symptôme de gêne circulatoire dans les artères pulmonaires.

Relativement à la cause de la maladie, on ne sait pas grand chose. On n'a pas constaté de processus infectieux capable de déclancher une réaction allergique. Cette maladie est étroitement apparentée à la maladie de Buerger et n'est pas rare, pusqu'il a été possible d'en observer 4 cas au cours d'une année à l'Institut pathologique de l'Université de Breslau.

P.-E. Morhardt.

W. Bentz. ***Recherches sur les sujets sains et malades de l'excrétion des sels minéraux et plus spécialement du calcium*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. **181**, n° 1, 30 Septembre 1937, p. 1-17). — On sait que l'excrétion du calcium par l'urine est, en cas de maladie des reins, moindre que chez les sujets sains. Mais les recherches à ce point de vue se sont étendues plus à l'excrétion totale qu'à la concentration. Dans les investigations qu'il a poursuivies sur ce point, B. a fait des déterminations s'étendant parfois sur plusieurs jours ou plusieurs semaines et à divers minéraux (Mg. P, NaCl) ou autres principes urinaires (N total, N résiduel) et, enfin, au pH en tenant compte de l'alimentation.

Il a été ainsi constaté que chez les sujets sains la concentration du calcium varie de 10 à 30 milligr., concentration qui est supérieure à celle du sérum. Il en est de même chez des sujets atteints d'affections diverses (névrite, zona, cancer, pneumonie) et chez les gestantes. L'excrétion totale présente des variations assez considérables (0,1 à 0,3 et même à 0,45 gr. en cas d'alimentation abondante). Dans les néphropathies la concentration tombe au-dessous de 10 milligr. pour 100 gr., c'est-à-dire au-dessous de la concentration sanguine. Dans un cas seulement où le volume de l'urine n'était que de 120 cmc, chez un enfant de 5 ans, il a été trouvé une proportion de 10,8 milligr. pour 100 gr.

Une patiente de 21 ans atteinte de néphrite chronique avec élévation légère de la pression du sang présentait une tendance à l'œdème, le pouvoir de concentration pour le calcium était supprimé: on trouvait par exemple, au même moment dans le sang, 11,6 et dans l'urine 2 milligr. de calcium pour 100 gr. Cet état ne présentant pas de tendance à se modifier. Inversement chez une autre malade, la concentration urinaire a varié de 3,7 à 5,6 pendant les 7 premiers jours, puis brusquement, le 8e jour, on a observé une augmentation de l'excrétion concernant non seulement le calcium, mais aussi le chlorure de sodium et le magnésium, comme si une barrière s'était subitement ouverte sous l'influence de la thérapeutique.

Il a été également constaté, en faisant varier l'alimentation chez des sujets sains, que le régime végétarien diminue la quantité totale de calcium et d'autres minéraux excrétés dans une journée. Il est donc possible que l'alimentation généralement végétarienne des rénaux contribue pour une part, mais non pour la totalité, à la réduction de l'excrétion du calcium urinaire en alcalinisant, ce qui favorise l'excrétion intestinale aux dépens de l'excrétion rénale. Chez un sujet qui a jeûné 26 jours et qui ne consommait par jour que 0,05 gr. de calcium, le taux global de cet élément est tombé dans l'urine à 0,027 gr. L'apparition d'une acidose de la faim a porté ce chiffre à 0,069 gr. Par contre, le calcium du sang n'a pas diminué pendant toute la durée de l'expérience.

Au sujet du magnésium qu'on considère d'ordinaire comme ayant des relations étroites avec le calcium, B. a constaté que ces deux corps ne se comportent pas de la même façon, le quotient Ca :Mg est presque toujours supérieur à 1 chez les sujets sains, alors que, chez les rénaux, il tombe au-dessous de 1.

P.-E. Morhardt.

DEUTSCHE ZEITSCHRIFT für CHIRURGIE (Leipzig)

Julius Gangler (Tübingen). ***Recherches expérimentales au sujet de la réaction électrique de la substance cérébrale dans la commotion et la compression cérébrales*** (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. **249**, fasc. 7-8, Octobre 1937, p. 508-528). — Après avoir exposé les théories exposées par Duret, Kocher, Tilanus, Polis, Cushing, Maisland et Saltikoff, Bergmann, Sauerbruch, Naunyn, Knauer et Enderlen, G. admet que le problème des troubles apportés à la fonction cérébrale par l'hypertension, consécutive à un traumatisme cranien, ressortit à 3 facteurs : lésions cérébrales, troubles dans la circulation sanguine du cerveau, troubles dans la circulation du liquide céphalo-rachidien. Mais il s'agit de savoir quel est le *primum movens*. Les lésions de l'écorce cérébrales sont-elles primitives et entraînent-elles des troubles de la circulation sanguine et du liquide céphalo-rachidien ? La perturbation dans l'irrigation du cerveau, la perturbation dans la circulation du liquide céphalo-rachidien ont-elles pour conséquences des lésions de l'écorce cérébrale ?

L'auteur a imaginé un dispositif expérimental lui permettant d'étudier sur le cerveau d'un grand chien, préalablement trépané et soumis à une hyperpression, les réactions électriques de l'écorce grise. On conçoit sans peine que les données expérimentales s'écartent notablement des circonstances physio-pathologiques du traumatisme accidentel. Néanmoins l'auteur conclut que dans les traumatismes cranio-cérébraux tous les troubles relèvent des lésions cérébrales et que par conséquent les troubles de la circulation sanguine et du liquide céphalo-rachidien ne sont que subséquents.

P. Wilmoth.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

St. J. Leitner. ***Influence de la vitamine C et de la vitamine B_1 sur la croissance du bacille de la tuberculose*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 41, 9 Octobre 1937, p. 1423-1425). — Dans une première série de recherches, il a été ajouté 0,2 à 0,4 cmc d'une préparation de vitamine C (Cantan) au milieu de Lockemann. On a pu ainsi constater que la croissance du bacille de la tuberculose adapté à ce milieu se faisait mieux. La différence est allée en s'accentuant pendant quatre semaines. En ajoutant au milieu des quantités croissantes de vitamine C, c'est-à-dire des doses allant de 0,00175 à 0,028 pour 100 d'acide l-ascorbique (Redoxon), on a constaté qu'avec des doses de 0,0035 la croissance se faisait nettement mieux, mais que, par contre, avec les doses de 0,028 la croissance était moindre que dans les tubes témoins. Ainsi à des doses appropriées, la vitamine C peut favoriser la pullulation des bacilles de la tuberculose. Des faits analogues ont été observés avec n'importe quelle souche de bacille de la tuberculose sur le milieu Löwenstein.

Des recherches du même genre ont été reprises avec la vitamine B_1 et on a constaté ainsi, qu'à des doses de 0,175 pour 100 cette vitamine augmente la croissance, mais moins que la vitamine C. En augmentant progressivement les doses, on a pu constater qu'à une concentration de 0,35 et surtout de 0,7 pour 100, la vitamine tend à inhiber la croissance des bacilles.

P.-E. Morhardt.

L. Ley. ***La signification de la vitamine C pour le nouveau-né*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 41, 9 Octobre 1937, p. 1425-1428). — La carence de vitamine C donne lieu, chez le nouveau-né, au scorbut ainsi qu'à d'autres affections moins caractérisées. Par ailleurs, il n'est pas encore démontré d'une façon satisfaisante que le nouveau-né possède des réserves de vitamine C. On constate, il est vrai, l'existence de vitamine C dans divers organes, existence qui peut être en relation simplement avec le fonctionnement de l'organe.

Pour rechercher les symptômes d'avitaminose, L. a administré une certaine dose de vitamine C à des nourrissons soumis à une alimentation artificielle, afin d'étudier ainsi les réactions qui pouvaient se produire. Il a ainsi trouvé 9 nouveau-nés dont l'état a été sensiblement amélioré simplement par l'adjonction de vitamines au régime. Chez ces 9 enfants la carence de vitamines fut caractérisée par le fait qu'après la chute initiale du poids, la courbe ne remontait pas ou remontait faiblement; en outre les vomissements étaient fréquents et les selles liquides, vertes et nombreuses; la constipation s'observait également dans la plupart des cas, la turgescence des tissus était diminuée et la peau desquamait. Ces enfants n'arrivaient à reprendre le poids qu'ils avaient à la naissance qu'après des semaines et on pensait à de la débilité congénitale. L'augmentation du régime resta sans effet. Il semble, en somme, que le nouvau-né nourri artificiellement ait un régime pauvre en vitamine C.

Dans un groupe d'enfants à alimentation mixte, la carence de vitamine C a été également constatable, bien que moins importante, qu'en cas d'alimentation artificielle. Cependant s'il s'agit de lait de femme conservé pendant un certain temps, dont la richesse en vitamine C est par conséquent réduite, les phénomènes de carence sont plus marqués ; de plus l'alimentation de la mère pendant la gestation influe fortement sur la teneur du lait en vitamine C. Les chiffres trouvés pendant les suites de couches sont, en effet, très variables et il semble que dans ces conditions la nourrice remplisse ses dépôts avant que l'acide ascorbique apparaisse dans le lait.

Chez les nouveau-nés en état d'hypoavitaminose, l'excrétion de vitamine par l'urine n'a représenté que la moitié ou le tiers de ce qui était observé chez les nourrissons normaux. Il reste cependant à expliquer pourquoi un grand nombre d'enfants vivant dans les mêmes conditions que ces malades présentent une croissance normale. Il est possible que les faits de ce genre soient en relation avec la ration de vitamine C fournie à l'enfant par la mère au cours de la gestation. Mais il paraît plus vrai-

semblable à L. que les nouveau-nés ont des besoins variables de vitamine C. On réussirait ainsi par la vitamine C à rendre normal le fonctionnement des organes débiles parce que ce principe favorise et accélère les processus d'oxydation.

P.-E. Morhardt.

M. Berger. ***Nouvelles études sur l'emploi vaginal de l'hormone folliculaire.*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 41, 9 Octobre 1937, p. 1428-1431). — B. a essayé d'agir *in vitro* par l'hormone folliculaire (Menformon) sur des fragments de muqueuse vaginale. Il a utilisé pour cela des vagins de rats femelles non infantiles, mais adultes et castrés relativement peu auparavant. En général, il a été ainsi constaté des différences nettes suivant que la muqueuse avait été ou non badigeonnée avec l'hormone; ces différences étaient caractérisées par la présence, dans le premier cas, de grumaux basophiles sans noyaux. Par contre, l'adjonction d'hormone au milieu nutritif n'a pas fait apparaître de modification importante. Ces recherches montrent que l'hormone peut agir directement sur la cellule.

Pour savoir comment l'utérus réagit quand l'administration de folliculine se fait par voie vaginale, il a été procédé à des expériences portant sur des rats appartenant à une même portée et auxquels on administrait de l'hormone par voie vaginale. On a ainsi constaté que l'augmentation du volume de l'utérus sous l'influence de l'hormone n'est considérable ni chez les animaux castrés, ni chez les animaux infantiles. Ainsi la folliculine en injection sous-cutanée n'agit guère que sur le segment vaginal du tractus génital.

Chez les lapins de moins de 700 gr., il a pu être établi que 20 à 25 unités internationales, administrées en six jours par voie sous-cutanée, n'agissent pas sur la croissance de l'utérus. Par contre, l'administration vaginale détermine chez ces animaux des modifications non seulement du vagin, mais encore de l'utérus qui réagit par une croissance telle, que le diamètre de l'organe double par rapport aux animaux témoins. Ainsi dans le cas de ces animaux, l'administration locale exerce une action générale.

P.-E. Morhardt.

F. Lainer. ***Le traitement de l'agranulocytose par les « transfusions du sang de fébricitants »*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 41, 9 Octobre 1937, p. 1435). — Dans l'agranulocytose il doit intervenir, à côté de poisons exogènes ou endogènes, une réceptivité spéciale de la moelle osseuse. Normalement, sous l'influence d'une infection, les granulocytoses augmentent chez l'homme. Mais le mécanisme qui déclanche cette réaction n'est pas connu. On a pensé à une influence hormonale (Nägeli) ou à l'action d'un principe myéloïde (Werner Schultz). Quoi qu'il en soit, L. a été amené à penser que dans l'agranulocytose et surtout dans sa forme aplastique, un certain « principe » devait manquer, principe qui, par contre, devait exister chez des sujets atteints d'une infection aiguë ou encore chez des sujets auxquels on avait injecté du lait, par exemple. C'est à ces derniers que L. s'est naturellement adressé.

La méthode consiste donc à injecter à des donneurs de sang 15 cmc de lait dans les muscles de la fesse. Au bout de trois heures, la température commence à s'élever en même temps que le nombre des leucocytes et, au bout de cinq heures, ces derniers ont doublé. A ce moment on pratique la transfusion et aussitôt après on injecte un analgésique (novalgine) au donneur.

Dans les 4 observations de malades ayant subi la transfusion d'un donneur ainsi traité, la guérison est survenue. Il s'agissait cependant deux fois d'agranulocytose avec moelle aplastique dont le pronostic est défavorable, et deux fois d'intoxication par le benzol. P.-E. Morhardt.

P.-V. Kiss. ***La pression sanguine chez les diphtériques*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 43, 23 Octobre 1937, p. 1493-1496). — Une série d'auteurs a attribué la mort dans la phase aiguë de la diphtérie, non à une altération du myocarde, mais à une paralysie des centres vasomoteurs et à l'hypotension qui en résulte. K. combat cette manière de voir. Pour lui, la cause de la mort au cours de la diphtérie doit être cherchée dans le cœur. Pour élucider cette question, il a procédé à des investigations sur un total de 404 malades et il est arrivé ainsi à distinguer, en tenant compte de la pression sanguine, deux phases, une « phase aiguë » et une « phase seconde ». La première se termine avec la deuxième et plus rarement avec la troisième semaine; la seconde commence à la fin de la troisième semaine et peut persister pendant deux ou trois mois.

Tout au début de la maladie on observe une élévation de la pression sanguine qui est l'indice d'une tendance sympathicotonique. On ne constate alors aucune altération anatomique du cœur, mais une augmentation de la sensibilité des centres d'excitation et une insuffisance de la circulation dans les coronaires. Il est donné à ce propos l'observation d'un enfant de 4 ans qui, au troisième jour, présenta les altérations électrocardiographiques caractéristiques. Le onzième jour il apparut des troubles de la conduction intraventriculaire et la mort survint au cours d'une crise ventriculotachycardique.

Les données fournies par l'étude de la pression sanguine sont souvent difficiles à apprécier, parce que le sérum provoque lui aussi, souvent, des variations importantes, parfois brusques comme le montre une observation de collapsus anaphylactique survenue au onzième jour de la maladie.

A partir de la troisième semaine, la pression sanguine, au lieu de s'abaisser, reste normale ou s'élève. Ce fut le cas chez un garçon de 10 ans présentant de la paralysie post-diphtérique et chez lequel la pression sanguine dépassait encore la normale une heure et demie avant la mort. A l'autopsie on constata des altérations anatomiques sévères du myocarde; il en fut de même chez une fillette de 8 ans, morte la cinquième semaine avec une paralysie diphtérique et une pression sanguine normale. Parfois l'abaissement de la pression sanguine n'est pas encore observé quelques minutes avant la mort. Dans 3 observations cet abaissement n'était pas encore survenu respectivement dix, vingt-sept et cinq minutes avant le décès; dans ce dernier cas, la pression était, cinq minutes avant la mort, à la limite supérieure de la normale pour cet âge (110/100 mm. de Hg).

Ainsi il y a lieu de considérer comme un signe pronostique très défavorable, que la pression sanguine tende à s'abaisser d'une façon persistante au-dessous de 70 mm., la fréquence du pouls restant ou élevée ou très basse. Dans la phase seconde on n'observe pas d'abaissement de la pression sanguine chez les enfants qui gardent le lit, même quand il y a myocardite sévère.

P.-E. Morhardt.

MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

E. Meulengracht. ***Nouvelles observations sur le traitement des hématémèses massives, sans restrictions alimentaires*** (*Munchener medizinische Wochenschrift*, t. 84, n° 40, 1er Octobre 1937, p. 1565-1569). — 368 cas d'hématémèses ou de melænas consécutifs à des érosions digestives aiguës, ou à des ulcères chroniques, ont été traités sans diète absolue, les malades recevant dès le 1er jour des aliments et des boissons.

Leur régime comportait l'administration d'un régime facile à digérer mais abondant avec bouillies farineuses, pain et beurre, thé, cacao et lait; potages variés aux fruits, aux céréales, pudding de légumes, de viande, etc., la ration quotidienne correspondant environ à 2.300 calories réparties en 5 repas.

En outre, les malades recevaient une médication alcaline, de l'atropine et du fer. On insistait surtout pour faire manger et boire abondamment les malades les plus atteints, avec hémorragies graves.

Les malades pouvaient remuer au lit à volonté et, dès le 14° jour, en général, on les autorisait à se lever.

Sous l'influence de ce traitement, l'état général des sujets était très satisfaisant, la reprise des forces rapides, la convalescence raccourcie; aucune aggravation des hémorragies gastriques sous l'influence de la reprise précoce de l'alimentation n'a été remarquée.

La mortalité des hémorragies s'est abaissée de 7,9 pour 100 à 1,3 pour 100 depuis l'institution du traitement.

G. Dreyfus-Sée.

A. Vogl. ***Le traitement des processus inflammatoires pulmonaires par la vitamine C*** (*Munchener medizinische Wochenschrift*, t. **84**, n° 40, 1er Octobre 1937, p. 1569-1572). — Le traitement des pneumonies, broncho-pneumonies, pneumonies post-opératoires, paraît avoir notablement bénéficié de la thérapeutique par la vitamine C qui raccourcit généralement la durée d'évolution. Un traitement prophylactique post-opératoire a paru également satisfaisant.

Pour se rendre compte du mode d'action de la vitamine on a cherché à établir le bilan de la vitamine C au cours des affections pulmonaires inflammatoires. Ces recherches n'ont jusqu'à présent pas apporté la solution du problème, mais la thérapeutique par les jus de fruits et l'acide ascorbique conserve sa valeur empirique.

G. Dreyfus-Sée.

U. Kühne. ***Traitement des furoncles de la lèvre supérieure et du nez*** (*Munchener medizinische Wochenschrift*, t. **84**, 8 Octobre 1934, n° 41, p. 1610-1613). — K. passe en revue les diverses méthodes conservatrices ou chirurgicales habituellement employées. Personnellement elle a traité 222 cas de furoncles ainsi situés, avec 0,9 pour 100 de mortalité. Ses observations ne permettent pas de conclure systématiquement à la supériorité de tel ou tel traitement; chaque cas posant des problèmes particuliers doit être discuté et la thérapeutique demeure individuelle. Le plus souvent le foyer doit être traité médicalement et on y touchera le moins possible, pourtant l'infection progressant peut commander une intervention radicale.

G. Dreyfus-Sée.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

Oppenheim. ***Dermatoses liées à la profession, au sport, à l'âge et au maquillage*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. **87**, n° 20 et 24, 15 Mai et 12 Juin 1937 p. 543-546 et 642-648). — Vaste revue illustrée de nombreuses figures dans laquelle O. passe en revue un très grand nombre d'affections cutanées. Parmi les tumeurs malignes d'origine professionnelle, il faut signaler celles qui se développent sur des téguments déjà irrités ou pigmentés, ainsi le cancer du goudron chez les chauffeurs et mécaniciens atteints de mélanose de Riehl, etc...

Les infections cutanées peuvent succéder au grattage où à l'infection des divers eczémas professionnels. L'érysipéloïde succède à la manipulation de la peau ou de la chair de porcs malades.

Les variations atmosphériques donnent lieu **aux** gelures ou engelures, plus fréquentes et **plus te-**

naces chez les sujets dont la circulation est déjà défectueuse et en terrain tuberculeux. Les radiations solaires associées à d'autres facteurs donnent lieu à la pellagre. Les intempéries favorisent l'apparition d'épithéliomas de la face et des mains (peau de marin, peau de cultivateur).

Parmi les infections professionnelles liées au contact avec les animaux, il faut réserver une place à part au charbon (pustules charbonneuses), à la morve cutanée qui se manifeste sous une forme aiguë (infiltration inflammatoire, infection lymphatique, pustules et nodules disséminés), ou sous une forme chronique (aspect syphiloïde). Certaines infections se traduisant par des éruptions maculeuses et vésiculeuses sont dues à un virus transmis par la morsure ou par les coups de griffe de certains animaux. Il faut en rapprocher le rouget du porc, les nodules des trayeurs (petites tumeurs bien limitées, du volume d'un pois, brun rougeâtre). Enfin toute la série des mycoses d'origine animale, des gales équines ou félines, des éruptions acariennes dues aux parasites des végétaux.

G. Basch.

Oppenheim. ***Dermatoses liées à la profession, au sport, à l'âge et au maquillage*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. **87**, n°s 24, 25, 26; 12, 19, 26 Juin 1937, p. 642-648, 670-675 et 695-697) [*suite*]. — Parmi les affections cutanées dues au sport, il faut signaler l'apparition d'intertrigo des plis à la suite d'une marche, d'une course en bicyclette, etc.; les gelures, l'érythro-cyanose sus-malléolaire, les coups de soleil particulièrement intenses sur les glaciers, constituent la rançon des sports de plein air; les ampoules et les durillons succèdent à la pratique de l'aviron. O. envisage encore parmi les dermatoses saisonnières les éphélides et la dermatite des prés, affection dont il a décrit les premiers cas. A côté de ces maladies estivales, il réserve une place à l'érythème polymorphe et à l'érythème noueux qui surviennent souvent au printemps, à l'urticaire que peuvent déclancher le froid, la chaleur, le soleil, au lupus érythémateux, et aux tuberculides papulo-nécrotiques que les rayons solaires peuvent également activer. L'épidermophytie des orteils et de la plante des pieds (athletic foot des Américains) est causée aussi bien par la chaleur que par la pratique des bains; affection hautement contagieuse, elle se contracte souvent dans les piscines, et tout un ensemble de mesures prophylactiques a été mis en œuvre pour éviter la dissémination des parasites.

G. Basch.

Oppenheim. ***Dermatoses liées à la profession, au sport, à l'âge et au maquillage*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. **87**, n°s 26 et 27, 26 Juin et 3 Juillet 1937, p. 695-697 et 733-736). — Parmi les lésions cutanées que peuvent entraîner les divers soins de beauté, il faut signaler tout d'abord les eczématides furfuracées du visage, consécutives au lavage trop fréquent de la face à l'eau et au savon. L'emploi abusif des poudres colorées peut également nuire à l'élasticité de la peau. Les pigmentations en coulée ou en breloque, inesthétiques et tenaces, peuvent être provoquées par les eaux de Cologne à la bergamote. Les corps gras, les crèmes de beauté peuvent, lorsque leur teneur en vaseline ou en paraffine est considérable, provoquer de l'acné, de véritables dermatoses par vaseline. La cheilite du rouge, consécutive à l'usage de bâtons de rouge à l'éosine, est maintenant bien connue. O. énumère encore les diverses éruptions dues aux teintures, particulièrement celles contenant la paraphénylène-diamine, les chutes de cheveux consécutives aux brûlages, aux ondulations permanentes, les onyxis entretenus par les soins de manucure et l'application continuelle de vernis pour les ongles.

G. Basch.

Lowenstein et **Weissmann.** ***L'énervation du pédicule rénal dans l'hypertension essentielle*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. **87**, n° 25, 19 Juin 1937, p. 675-677). — L. et W. rapportent l'observation d'une malade de 50 ans, atteinte d'une hypertension isolée (Max. à 29), et chez laquelle tous les examens concernant la valeur fonctionnelle du rein avaient été négatifs. On pratiqua la décapsulation du rein droit, une dénudation de l'artère rénale sur une longueur de 6 cm. suivie d'un badigeonnage à l'isophénol. Pendant les suites opératoires, compliquées par une suppuration profonde, la tension artérielle tombe à 17 pour remonter au bout de quelques semaines à 29. Cette chute post-opératoire transitoire ne peut, pour L. et W., être imputée à une action spécifique de l'opération, car ils en ont observé de semblables après des interventions diverses et au cours des pyrexies.

Les troubles fonctionnels présentés par la malade ne furent pas non plus influencés par l'opération, et cette tentative d'obtenir chez l'homme ce que les expérimentateurs ont réalisé chez l'animal s'est soldée par un échec.

G. Basch.

Winkler. ***Progrès du traitement médical de l'ulcus gastrique*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. **87**, n° 34, 21 Août 1937, p. 1225-1228). — Les travaux modernes ont permis de substituer au régime carencé et à la médication symptomatique qui constituaient le traitement classique des ulcères du tube digestif un régime qualitativement beaucoup plus riche, particulièrement en vitamines, et une médication très efficace depuis la découverte des propriétés de l'histidine. L'expérience de W. porte sur 25 cas, traités par la Larostidine; dans une première série de 25, 18 cas présentèrent une amélioration extrêmement rapide en ce qui concerne les douleurs; ces bons cas étaient en majeure partie des ulcères gastriques, tandis que les 7 autres malades qui ne réagirent pas bien au traitement étaient des malades porteurs de vieux ulcères duodénaux. L'histidine agit très efficacement aussi sur les petites hémorragies occultes, qu'elle fait rapidement disparaître; par contre, elle influence peu l'hyperacidité, non plus que l'élément spasmodique, et ce médicament ne doit donc pas se substituer à tous ceux que l'on employait: il ne faut donc pas hésiter à lui adjoindre si c'est nécessaire des alcalins ou des antispasmodiques. L'amélioration fonctionnelle est également assez rapidement suivie par une disparition des signes radiologiques: dans 70 pour 100 des cas environ, la niche disparaît au bout de 3 à 4 semaines.

Il n'en reste pas moins vrai que la méthode peut échouer, et que lorsqu'un traitement médical bien conduit pendant quelques semaines n'a pas amené une amélioration suffisante, cet échec, même relatif, constitue une indication opératoire formelle.

G. Basch.

Michelson. ***« Uvéoparotidite »*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. **87**, n° 35, 28 Août 1937, p. 898-899). — M. rappelle les caractères cliniques de cette affection qui survient chez des sujets jeunes, précédée de prodromes des plus vagues; la tuméfaction parotidienne peut être le premier symptôme, ou au contraire succéder aux manifestations oculaires, ou même dans quelques cas apparaître après tous les autres signes; cette tuméfaction, généralement bilatérale, débutant dans le segment préauriculaire, est d'une consistance irrégulièrement dure et grenue, et relativement indolore, même au palper; les tissus périglandulaires sont indemnes. Pendant la fluxion parotidienne, qui dure de 2 à 6 mois en moyenne, les autres glandes salivaires et même les ganglions lymphatiques sus-claviculaires et hilaires peuvent participer au processus.

Les manifestations oculaires apparaissent simultanément des deux côtés et la lésion donnée comme caractéristique est l'iridocyclite, très analogue à celle qui survient sans parotidite, et qui peut récidiver sans que la parotide enfle à nouveau.

La paralysie faciale est observée dans 50 pour 100 des cas; moins souvent on voit une paralysie bilatérale, ou une névrite périphérique plus ou moins généralisée.

Des éruptions cutanées peuvent survenir dans 1/3 des cas, consistant le plus fréquemment en un érythème noueux, quelquefois en urticaire, ou en érythème maculeux.

Histologiquement, M. a trouvé sur les coupes de parotide, dans les 2 cas qu'il a observés, des amas denses de cellules épithélioïdes avec cellules géantes sans réaction lymphocytaire ni zones de nécroses, ce qui oriente vers le diagnostic de *sarcoïde*. Il n'a pas mis en évidence de B. K., contrairement à certains auteurs, et la cuti-réaction était négative. Ce qui n'empêche que, comme pour les sarcoïdes, l'étiologie tuberculeuse est souvent probable sinon prouvée. M. a voulu rapprocher cette affection de la maladie de Mikulicz, mais l'étude anatomo-pathologique différencie nettement les deux affections [1].

G. Basch.

Pick et **Weisz.** ***De la technique du traitement de la sciatique par les injections locales*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. **87**, n° 42, 16 Octobre 1937, p. 1080-1084). — P. et W. préconisent une nouvelle technique permettant d'infiltrer de novocaïne le segment pelvien du nerf sciatique et les rameaux présacrés du sympathique, méthode aussi efficace que celle de l'injection présacrée, mais moins difficile à appliquer et moins dangereuse.

On repère d'abord le point d'entrée de l'aiguille, 2 cm. au-dessous de la pointe du coccyx; puis on trace une ligne reliant ce point au tubercule ischiatique, et, perpendiculairement à cette ligne, on établit un plan passant par le point de l'injection. L'aiguille doit être enfoncée dans ce plan, à une profondeur de 6 cm. environ, et en faisant avec l'horizontale un angle de 45° ouvert du côté sain; si ces repères sont bien exactement pris, la pointe de l'aiguille est au voisinage immédiat du plexus; il faut bien observer l'angle fait par l'aiguille car s'il est trop aigu, et seulement dans ce cas, elle menace le rectum.

L'innocuité de l'opération a été démontrée par de nombreux essais pratiqués sur le cadavre avec des matières colorantes.

Il est bon de combiner cette infiltration du petit bassin avec une injection paravertébrale.

G. Basch.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA (Montréal)

J.-E. Cendreau et **C. Pinsonneault.** ***Existe-t-il une leucémie traumatique ? A propos d'une observation personnelle inédite*** (*L'Union médicale du Canada*, t. **66**, n° 11, Novembre 1937, p. 1119-1125). — Un boxeur professionnel de 32 ans, faisant un entraînement quotidien et se livrant à des combats depuis 12 ans, éprouva des pesanteurs dans l'abdomen et une certaine fatigabilité, trois ans après la cessation de ces combats au cours desquels il eut à deux reprises les cinquième et sixième côtes gauches, puis les dixième et onzième fracturées.

A l'examen, on constata un peu de matité de la base gauche, à la radiographie un léger épanchement pleural. La rate emplit la moitié gauche de l'abdomen. Il n'y a aucune adénopathie; il existe un léger œdème des malléoles.

L'examen de sang, 321.360 leucocytes et 30 pour

1. Il s'agit très probablement du syndrome de Heerfordt, variété particulière de maladie de Besnier-Boeck-Schaumann.

100 de myélocytes et de myéloblastes, permit de faire le diagnostic de leucémie myéloïde. La radiothérapie réduisit une première fois le nombre des leucocytes, puis il y eut récidive; nouvelle radiothérapie ; nouvelle rechute. La thérapeutique oscillait entre deux écueils : la leucémie et l'anémie.

Le traumatisme sur la région splénique et sur la moelle active des os est incontestable; il constitue par sa répétition pendant 10 ans, et par sa violence, des conditions assez spéciales. La période écoulée entre la cessation des traumatismes et l'apparition des premiers symptômes de la leucémie myéloïde paraît être de l'ordre de 12 à 18 mois, d'après l'interrogatoire.

Parmi les observations de leucémie attribuable à un traumatisme, celle-ci est la seule où une série de contusions peut être invoquée comme condition favorable à l'éclosion de la maladie.

ROBERT CLÉMENT.

ANNALS OF SURGERY
(Philadelphie)

Wilensky et **Kaufman**. ***Rupture sous-pariétale de l'intestin par effort musculaire*** (*Annals of Surgery*, vol. **106**, n° 3, Septembre 1937, p. 373-394). — Un homme adulte, porteur d'une hernie inguinale gauche, contenue par un bandage, soulevait, une demi-heure après le repas, une très lourde pierre, lorsqu'il fut pris d'une violente douleur dans le côté gauche de l'abdomen. La hernie était réductible, mais très douloureuse. Vingt-quatre heures plus tard des signes de péritonite conduisaient à une laparotomie, qui montra une perforation, à grand axe parallèle à celui de l'intestin, sur la partie moyenne du jéjunum. Malgré la suture le malade mourut.

W. et K. ont recueilli 42 autres cas publiés de rupture intestinale à la suite d'efforts musculaires, sans contusions. Suivant Bunge, l'intestin, comprimé par la contraction abdominale, se rompt au point faible formé par un orifice herniaire. 33 cas présentaient des hernies, 2 seulement notaient l'absence de hernie. Tous les cas étaient des hommes, de 21 à 73 ans. Dans 4 cas seulement on avait constaté des troubles intestinaux antérieurs. Dans 5 cas on note que l'accident eut lieu peu de temps après un repas ; mais beaucoup d'autres doivent être dans les mêmes conditions. La rupture a lieu surtout sur l'iléon, et jamais sur l'intestin rétropéritonéal (duodénum, côlon). La perforation était unique, sauf dans un cas. Le mésentère est peu lésé. Le traitement est opératoire, et d'autant plus efficace qu'il est plus précoce : 40 pour 100 de mortalité pour les opérés avant douze heures, 71 pour 100 de douze à vingt-quatre heures, 84 pour 100 après vingt-quatre heures.

M. GUIMBELLOT.

W. E. Dandy (Baltimore). ***Compression intracranienne sans tumeur du cerveau*** (*Annals of Surgery*, vol. **106**, n° 4, Octobre 1937, p. 492-513). — D. apporte 22 cas, observés en sept ans, de malades chez lesquels il existait des symptômes d'hyperpression intracranienne, sans qu'il y ait de tumeur du cerveau. Tous se plaignaient de céphalée, nausées, vomissements, vertiges, diplopie, perte de la vision ; on constatait de l'œdème des papilles, des hémorragies du fond de l'œil. L'hypertension intracranienne put être démontrée par des ponctions ventriculaires ou lombaires. Et cependant la ventriculographie montra l'absence de toute tumeur cérébrale. D'ailleurs, après une amélioration par une trépanation décompressive sous-temporale, les malades guérirent le plus souvent, après plusieurs mois ou années.

Il est à noter que les troubles de compression étaient souvent intermittents, apparaissant et disparaissant avec une extrême rapidité, en quelques minutes. Ce fait est en faveur d'une explication de ces troubles par des modifications vaso-motrices de la circulation intracérébrale.

Il est possible, d'ailleurs, qu'à un degré bien moindre, ces troubles soient très fréquents, et à la base de beaucoup de céphalées inexplicables.

M. GUIMBELLOT.

ARCHIVES OF DERMATOLOGY AND SYPHILOLOGY
(Chicago)

Raiziss et **Séverac**. ***Rapidité avec laquelle les tréponèmes passent dans le sang*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. **35**, n° 6, Juin 1937, p. 1101-1109). — Les expériences de R. et S. montrent que le tréponème inoculé dans le testicule du lapin est immédiatement entraîné dans le sang circulant. Les tréponèmes continuent à se multiplier au siège d'inoculation et à envahir le sang, le rendant infectant.

Les tréponèmes persistent dans le sang au moins 6 mois; ensuite ils diminuent de nombre et leur présence peut être démontrée par la méthode de l'inoculation dans 50 pour 100 des cas.

Par la même méthode, des tréponèmes ont pu être mis en évidence dans le sang d'animaux dont la syphilis remontait de 1 an à 2 ans et demi.

Alors que les tréponèmes ne peuvent être mis en évidence par l'ultra-microscope, ils sont suffisamment nombreux pour que l'injection minime de 0 cmc 05 de sang dans le testicule détermine la syphilis. Mais pour plus de sûreté, il vaut mieux inoculer 0,5 cmc de sang.

Dans ces expériences, la spirochétose spontanée du lapin a été éliminée par les procédés de contrôle habituels.

R. BURNIER.

ARCHIVIO ITALIANO DELLE MALATTIE DELL' APPARATO DIGERENTE
(Bologne)

C. Sani. ***Contribution à l'étude des rapports entre la sécrétion pancréatique externe et la sécrétion chloropeptique dans les maladies de l'appareil digestif*** (*Archivio italiano delle malattie dell' apparato digerente*, t. **6**, n° 1, Janvier 1937, p. 3-36). — S. a recherché, chez 40 sujets atteints d'affections digestives variées, les rapports de la sécrétion chloropeptique et de la sécrétion pancréatique externe; pour étudier celle-ci, la méthode de choix est le dosage des trois diastases dans le suc duodénal; le dosage des diastases dans le sérum n'a d'intérêt que pour différencier les cas où il y a une lésion du pancréas de ceux où les canaux excréteurs de la glande sont comprimés; la recherche du taux diastasique dans l'urine n'a qu'une valeur relative.

Chez les hyperchlorhydriques, qu'il s'agisse d'hyperchlorhydrie simple ou symptomatique d'un ulcère, la sécrétion pancréatique externe est normale ou augmentée, spécialement pour la fonction tryptique. Chez les sujets hypo- ou ana-chlorhydriques, la sécrétion pancréatique externe est dans la majorité des cas normale. Chez les sujets atteints d'affection des voies biliaires ou du foie, le déficit pancréatique est presque constant, même dans les hépatites aiguës avec hypersécrétion gastrique. Le trouble pancréatique est d'abord simplement fonctionnel, mais avec le temps, des altérations anatomiques de la glande peuvent s'installer.

LUCIEN ROUQUÈS.

A. Briganti. ***L'estomac a-t-il comme le foie une action hypoglycémiante à côté de son action antianémique ?*** (*Archivio italiano delle malattie dell'apparato digerente*, t. **6**, n° 2, Avril 1937, p. 99-130). — La poudre desséchée de muqueuse gastrique est capable en ingestion comme l'extrait de foie de diminuer la glycémie et cette action hypoglycémiante est dans les deux cas surtout nette chez les diabétiques, tandis qu'elle est faible ou nulle chez les sujets normaux comme chez les chiens. La simple introduction d'une sonde dans l'estomac qui déclanche une activité gastrique sécrétoire peut, chez les diabétiques, faire baisser la glycémie. L'hypoglycémie par ingestion de muqueuse gastrique comme l'hypoglycémie du simple sondage peuvent se produire indépendamment de la sécrétion chlorhydrique.

A titre d'hypothèse de travail, B. pense que les deux activités hypoglycémiantes gastrique et hépatique sont dues à une seule substance qui très probablement est le principe antianémique; originaire de l'estomac, celui-ci s'accumulerait dans le foie et serait utilisé suivant les besoins de l'hématopoïèse et du métabolisme des hydrates de carbone.

LUCIEN ROUQUÈS.

S. Famulari et **F. Belcastro**. ***La courbe de sécrétion des ferments gastriques et de la chlorhydrie chez les sujets normaux et chez les gastropathes, sous l'influence de l'histamine et après repas d'Ehrmann*** (*Archivio italiano delle malattie dell' apparato digerente*, t. **6**, n° 2, Avril 1937, p. 162-174).— Chez 31 sujets normaux ou souffrant d'affections gastriques, F. et B. ont étudié au moyen du tubage fractionné avec la sonde d'Einhorn l'effet éventuel de l'injection d'histamine et de l'absorption du repas d'Ehrmann (ingestion d'alcool) sur la sécrétion des ferments et de l'acide chlorhydrique. L'histamine augmente constamment, chez les sujets ayant une chlorhydrie normale, augmentée ou diminuée, la sécrétion des ferments et, sauf dans quelques cas, l'augmentation est parallèle à celle de la sécrétion chlorhydrique. Les valeurs initiales de la sécrétion fermentative sont toujours plus élevées dans les ulcères gastriques que dans les ulcères duodénaux. Chez les sujets anachlorhydriques, l'histamine excite parfois la sécrétion fermentative alors qu'elle reste sans action sur la sécrétion chlorhydrique; dans la plupart des cas, le repas d'alcool inhibe d'abord les deux sécrétions, puis les excite, mais la courbe des sécrétions est assez irrégulière; chez les anachlorhydriques, l'alcool a sensiblement la même action que l'histamine.

LUCIEN ROUQUÈS.

ARCHIVIO PER LE SCIENZE MEDICHE
(Turin)

S. Battistini et **C. Ceresa**. ***Etudes sur la sensibilité à l'insuline au cours des maladies infectieuses aiguës*** (*Archivio per le scienze mediche*, t. **63**, n° 3, Mars 1937, p. 219-261). — Chez 30 malades atteints de maladies infectieuses aiguës (pneumonie, pleurésie, abcès du poumon, fièvre de Malte, fièvre typhoïde, etc.). B. et C. ont étudié les modifications de la glycémie, de la pression artérielle, du nombre et de la formule des leucocytes dans les deux heures suivant l'injection de 20 unités d'insuline. Les résultats démontrent qu'il existe certainement dans ces conditions une moindre sensibilité à l'insuline et un retard de ses effets ; mais il y a entre les différents signes de la crise hypoglycémique de telles dissociations que l'on doit observer une grande prudence dans les tentatives d'établissement de rapports chronologiques et de liens de cause à effet entre les divers phénomènes qui constituent cette crise. Chez 20 des malades précédents, la même épreuve a été refaite pendant la convalescence ; presque toujours, l'organisme avait récupéré sa sensibilité normale à l'insuline et parfois même, cette sensibilité était devenue temporairement excessive.

La diminution de la sensibilité à l'insuline au cours des maladies infectieuses aiguës n'est pas explicable par la suractivité des mécanismes neurohumoraux antagonistes de l'insuline ni par la destruction ou l'inactivation de l'insuline par des ferments protéolytiques ou des substances voisines.

LUCIEN ROUQUÈS.

BULLETTINO DELLE SCIENZE MEDICHE (Bologne)

R. Pachioli. ***Recherches sur l'étiologie des leucémies*** (*Bullettino delle scienze mediche*, 109e année, n° 1, Janvier-Février 1937, p. 9-31). — P. a inoculé dans la moelle osseuse tibiale de poulets de la moelle osseuse prélevée par ponction chez des malades atteints de leucémie aiguë ou de leucémie chronique en période de transformation aiguë; tous les animaux ont présenté dans un délai de 5 à 20 jours un tableau morbide caractérisé par l'abattement, la perte de poids, la pâleur de la crête, la diminution de la richesse en hémoglobine et du nombre des globules rouges, la leucocytose parfois assez intense avec prédominance des granulocytes et de formes lymphoïdes grandes, fortement basophiles, à noyau souvent irrégulier, la présence fréquente mais non constante d'éléments immatures de la série rouge, cet état ayant tendance à s'aggraver et à aboutir à un degré extrême d'anémie et de cachexie. A l'autopsie des animaux, P. a noté la diminution du volume du foie, de la rate et des testicules avec une infiltration lymphoïde nodulaire ou diffuse constante au niveau du foie, inconstante au niveau des autres organes.

Ce tableau clinique n'a rien à voir avec celui de la leucémie spontanée du poulet; il ne s'agit pas d'une greffe de cellules leucémiques humaines chez le poulet ; on ne peut pas rejeter formellement l'hypothèse de travail dont P. est parti: la leucémie humaine est peut-être une maladie infectieuse produite par un virus inconnu.

Lucien Rouquès.

LA CLINICA MEDICA ITALIANA (Milan)

L. Beltrametti. ***Anémie et système nerveux vago-sympathique*** (*La Clinica medica italiana*, 88e année, n° 3, Mars 1937, p. 151-180). — B. a étudié dans 10 cas d'anémie pernicieuse et d'anémie grave secondaire l'état du système neuro-végétatif et ses variations sous l'influence d'agents sympathico- ou parasympathicotropes, d'après le pouls, la pression artérielle, la glycémie, le nombre des hématies et des leucocytes, le taux de l'hémoglobine. Il n'est pas rare d'observer chez les anémiques des signes (bradycardie, hypotension, glycémie au chiffre normal inférieur) qui traduisent un état de parasympathicotonie ; après injection d'adrénaline, on observe des modifications dont les unes ont les caractères de la réaction sympathique (augmentation de la glycémie) et les autres ceux de la réaction vagale (diminution de la fréquence du pouls, de la pression artérielle, du nombre des hématics) ; les modifications de type vagal et de type sympathique s'observent aussi après injection de pituitrine mais sont moins intenses ; ces deux substances sympathicotropes n'agissent d'ailleurs pas toujours de la même façon, intensité à part, chez un même malade. La tendance des anémiques à la parasympathicotonie est encore mieux mise en évidence par l'injection de substances vagotropes comme la pilocarpine et l'histamine.

Lucien Rouquès.

M. Moro. ***L'équilibre protéique du sang chez les sujets normaux et les diabétiques avant et après une période de traitement insulinique*** (*La Clinica medica italiana*, 88e année, n° 3, Mars 1937, p. 213-228). — M. a étudié chez 20 diabétiques les modifications de l'équilibre protéique sous l'influence d'un régime comportant par vingt-quatre heures 100 gr. d'hydrates de carbone, 70 gr. de protéines et 90 gr. de graisses et poursuivi pendant une semaine, puis sous l'influence d'une cure insulinique de quelques jours. Dans tous les cas, le traitement insulinique a été suivi de l'augmentation de la globuline, de la baisse de la sérine, de la diminution du quotient albumineux, sans variations sensibles de la protéinémie totale. Sous l'influence du régime, l'équilibre protéique n'a présenté de variations analogues que dans les cas où la glycémie et la glycosurie ont diminué ; il est resté stationnaire dans ceux où la glycémie et la glycosurie n'ont pas varié et ses troubles se sont accentués dans les cas où la glycémie et la glycosurie ont augmenté. Chez 2 sujets normaux, des injections quotidiennes de 10 unités d'insuline n'ont pas modifié sensiblement l'équilibre protéinique du sérum. M. admet que les modifications de l'équilibre protéinique sous l'influence de l'insuline dépendent de l'amélioration du métabolisme des hydrates de carbone et d'un meilleur fonctionnement de la cellule hépatique.

Lucien Rouquès.

O. Da Rin. ***La pepsinothérapie des ulcères gastro-duodénaux*** (*La Clinica medica italiana*, 88e année, n° 4, Avril 1937, p. 231-266). — D. R. rapporte les observations de 10 malades atteints d'ulcère gastrique ou duodénal traités par des injections de pepsine dans une solution aqueuse de benzoate de soude et suivis pendant plusieurs années. Cette thérapeutique associée au régime opportun atténue la symptomatologie ulcéreuse et en favorise parfois aussi la disparition temporaire ; elle agit mieux et plus régulièrement dans les cas récents que dans les cas anciens ; les douleurs sont presque toujours diminuées, ce qui permet une alimentation plus abondante ; dans une proportion importante des cas, l'hypersécrétion, l'hyperacidité totale et l'hyperchlorhydrie diminuent ; les signes radiologiques directs et indirects d'ulcère disparaissent parfois complètement ; la leucocytose et la polynucléose s'atténuent. Les guérisons que donne la pepsinotérapie sont dans la règle temporaires et les récidives sont très fréquentes. Les injections de pepsine semblent agir en diminuant l'hypertonie vagale, mais il est possible qu'elles accroissent le taux du ferment antipepsinique contenu dans le sang et désensibilisent les ulcéreux qui sont allergiques vis-à-vis de la pepsine. Il n'est pas impossible enfin que les injections agissent par un processus de protéinothérapie aspécifique.

Lucien Rouquès.

IL POLICLINICO [Sezione medica] (Rome)

P. Massaroli. ***De quelques complications nerveuses des leucémies*** (*Il Policlinico, sez. medica*, t. 44, n° 4, 1er Avril 1937, p. 177-191). — Un sujet de 19 ans atteint de leucémie lymphatique présente des paresthésies dans une partie du territoire du trijumeau droit, puis une névralgie totale de ce nerf ; les 3e, 4e et 6e paires droites sont peu à peu paralysées, la musculature interne de l'œil restant indemne ; le trijumeau moteur et l'hypoglosse droits sont atteints à leur tour et une hypoesthésie apparaît dans le territoire du trijumeau gauche. Ce malade a présenté d'autre part pendant une certaine période des signes d'hypertension intracranienne: céphalée, vomissements, légère hyperhémie papillaire ; enfin, dans les trois derniers jours, le taux des urines s'est élevé à 4 litres par vingt-quatre heures, sans glycosurie.

L'autopsie a montré sur la face interne de la dure-mère, au niveau des hémisphères, une pachyméningite hémorragique typique. Les nerfs craniens cliniquement atteints étaient macroscopiquement normaux, mais l'examen histologique a mis en évidence à leur niveau une importante infiltration leucémique. Le syndrome transitoire d'hypertension intracranienne est à rattacher à la pachyméningite, mais il faut tenir compte aussi de l'existence d'une stase dans le territoire de la veine cave supérieure par compression médiastinale. Le diabète insipide est exceptionnel au cours des leucémies ; M. n'en a retrouvé qu'un cas dû à Sheldon ; la région hypophyso-tubérienne n'a malheureusement pas été examinée dans l'observation de M. ; dans celle de Sheldon, on avait constaté une infiltration lymphocytaire de l'hypophyse.

Lucien Rouquès.

E. Gallina et V. Nicolato. ***Etudes sur la vitesse de résorption au niveau du tissu sous-cutané, en particulier d'après l'état physiopathologique de l'appareil circulatoire et sous l'influence de substances variées*** (*Il Policlinico, sez. medica*, t. 44, n° 4, 1er Avril 1937, p. 199-224). — Les recherches de G. et N. ont été faites avec la méthode de Donath et Tanne modifiée par Elias et Goldstein et par Casazza : injection de fluorescéine dans le tissu sous-cutané de l'avant-bras, détermination du délai après lequel le sang prélevé dans une veine du pli du coude du même côté devient fluorescent. Chez les sujets normaux, le temps de résorption est dans la plupart des cas de moins de 3 minutes ; en général, il est d'environ 2', mais chez certains, il est de 30", tandis que chez d'autres, la diffusion ne s'est pas encore faite en 5' ; chez un même sujet, la vitesse de résorption est constante ; chez les enfants, le temps de résorption est plus court que chez l'adulte : chez les sujets âgés, dont G. et N. ont étudié trop peu de normaux pour conclure définitivement, le temps est normal ou a tendance à l'augmentation. D'une manière générale, chez les cardiaques, le temps de résorption est nettement diminué et s'allonge lorsque l'état s'améliore ; chez les hypertendus, il tend à être augmenté.

L'adrénaline a un effet inhibiteur sur la résorption et la caféine un effet inverse ; l'action des extraits hypophysaires n'a pu être précisée, les résultats ayant été contradictoires ; l'éphétonine et la thyroxine retardent la résorption ; l'acétylcholine, la pilocarpine et l'histamine l'accélèrent. Aucun rapport constant ne peut être établi entre le sens des variations du pouls et de la pression sous l'effet de ces substances et celles du temps de résorption.

Lucien Rouquès.

NORSK MAGASIN for LAEGEVIDENSKAPEN (Oslo)

H. Myhre. ***Thoracoscopie et section galvanocaustique des adhérences ; complications observées au cours de 600 opérations de 1917 à 1936*** (*Norsk Magasin for Lægevidenskapen*, an. 98, n° 9, Septembre 1937, p. 1161-1187). — La thoracoscopie permet de mettre en évidence des adhérences pleurales qui échappent à un simple examen radiologique. C'est pourquoi Holmboe estime que dans tout cas de tuberculose pulmonaire où l'on croit devoir créer un pneumothorax artificiel, il est indispensable de pratiquer au préalable une thoracoscopie. C'est ainsi qu'il a été procédé pour les 600 cas de la statistique étudiée dans le présent mémoire.

Le mode d'exploration dont il s'agit permit de constater qu'il n'existait aucune adhérence dans 50 de ces cas ; il n'entraîna d'ailleurs aucune complication, sauf pour 11 d'entre eux où se produisit une élévation thermique à 38°.

Dans 170 autres cas, on put déceler des adhérences, mais sans que l'on crût indiqué de procéder à leur section.

Chez les 389 derniers malades de cette statistique, on jugea indispensable de détruire les adhérences pleurales à l'aide du cautère galvanique. L'intervention ne détermina aucune complication pour 138 d'entre eux. Elle fut suivie 5 fois de l'apparition d'un empyème, auquel 2 de ces patients succombèrent. Chez 4 autres malades, l'intervention fut le signal d'une poussée tuberculeuse qui aboutit également à une issue fatale. Une lésion du poumon fut notée dans 5 cas, mais sans qu'il en résultât pour le patient une conséquence de quelque gravité. Dans 15 cas, l'intervention détermina une hémorragie, abondante dans 2 d'entre eux seulement.

Francis Munch.

ACTA DERMATO-VENEREOLOGICA (Stockholm)

Kveim. ***L'adénome sébacé (maladie de Pringle) et ses rapports avec la maladie de Recklinghausen*** (*Acta dermato-venereologica*, t. **18**, fasc. 2, Octobre 1937, p. 637-638). — K. rapporte 3 cas d'adénomes sébacés symétriques de la face, type Pringle, chez des malades atteints de troubles psychiques et nerveux habituels, lenteur de l'intelligence, crises épileptiformes. La radiographie cérébrale montra chez les 3 malades la présence de tumeurs au voisinage des ventricules latéraux; tous avaient également des phacomes de la rétine.

La radiographie des mains montra chez les 3 malades un épaississement périostique des petits os des doigts avec raréfaction kystique de la partie spongieuse. Chez 2 malades, il existait en outre un épaississement périostique de la table interne du crâne, de plus un des malades avait un spina bifida.

K. fait l'historique de la question et montre comment on envisage actuellement l'adénome sébacé de la face, qui histologiquement est un nævus, comme un symptôme de la sclérose cérébrale tubéreuse de Bourneville.

Au point de vue étiologique, il ne semble pas s'agir là d'une néoplasie véritable, mais d'un trouble de différenciation des tissus durant la période fœtale, d'une dysplasie germo-plastique, intéressant l'ectoderme et le sillon médullaire.

K. estime qu'on peut envisager une relation entre cette affection et la maladie de Recklinghausen, où il existe également une dysplasie fœtale ectodermo-mésodermique, mais ici ce sont surtout les cellules qui donneront naissance aux gaines de Schwann qui sont atteintes, déterminant des névromes périphériques (spongioblastose périphérique), alors que dans la sclérose cérébrale tubéreuse, les lésions atteignent surtout le système nerveux central (spongioblastose centrale).

R. Burnier.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Bâle)

Arthur Stoll. ***A propos des nouveaux progrès en chimie des glycosides cardiaques*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **67**, n° 36, 4 Septembre 1937, p. 855-861). — En matière de chimie des glycosides cardiaques, S. rappelle qu'aujourd'hui on a démontré que ces corps sont constitués d'un aglycone et d'une chaîne plus ou moins longue de sucres. Toute une série d'aglycones a été préparée à l'état de pureté et analysée. La plupart d'entre eux comptent 23 atomes de C. Un même nombre de C se retrouve dans les acides biliaires simples. La parenté qui existe entre les aglycones et les acides biliaires a pu être mise en évidence d'une façon nette, à propos d'un des aglycones de la scille. Sous l'influence de réactions particulièrement ménagées, par exemple de sublimation dans le vide très poussé, cet aglycone abandonne de l'eau puis s'hydrogénise en donnant lieu à un mélange de corps divers, dans lesquels on retrouve de l'acide allocholanique, qui, d'autre part, peut être préparé à partir de la cholestérine.

Grâce à cette analogie, on est arrivé à établir la formule stéréochimique des glycosides tonicardiaques, qui comprennent un noyau lactone caractéristique de 5 éléments, avec une double liaison quand il s'agit de la digitale et du strophantus et de 6 éléments avec doubles liaisons quand il s'agit de la scille. Ce noyau lactone est indispensable à l'action sur le cœur. Il s'agit là d'un squelette de cyclo-penténo-phénantrène perhydrogéné qu'on retrouve également dans le testostérone. Ces recherches chimiques ont également mis en évidence la très grande sensibilité des glycosides qui se scindent facilement en libérant des sucres : glucose, rhamnose, digitoxose et son éther méthylique le cymarose. Ces sucres, à la dilution où ils arrivent dans le sang, sont assurément sans influence sur l'activité cardiaque. Néanmoins, combinés aux aglycones, qui sont porteurs de l'action cardiotonique, ils favorisent la solubilité dans les milieux aqueux de l'ensemble du composé et sans doute aussi l'adhérence au myocarde, ainsi que l'intensité et la persistance des effets cliniques.

Les recherches récentes faites au sujet des principes de la Digitalis lanata, espèce particulièrement riche en aglycones, ont permis d'élucider dans une grande mesure la chimie de ces principes. On est ainsi arrivé à en distinguer 3 espèces, les digilanides A, B et C. Des procédés de démixtion ont permis de se rendre compte que dans les préparations thérapeutiques on trouve 46 pour 100 de A, 17 pour 100 de B, et 37 pour 100 de C.

Dans la Digitalis purpurea, on ne trouve que les digilanides A et B et des corps perturbateurs, mais peu de digilanide C qui est très active.

Dans le strophantus, on trouve de la cymarine constituée par un aglycone et du cymarose ainsi qu'une strophantine contenant une molécule de glucose de plus que les corps précédents. En évitant toute réaction enzymatique, on arrive encore à extraire des glycosides fournis par cette plante, la k-strophantoside, qui est le plus actif des glycosides cardiotoniques.

Les progrès ainsi réalisés ne permettent pas d'espérer qu'on obtiendra de ces préparations autre chose que l'action digitalique connue. Néanmoins, on arrive à un dosage pondéral plus précis que les dosages antérieurement utilisés. En outre, il est intéressant de savoir qu'entre ces glycosides cardiotoniques et les autres stérines de l'organisme (acides biliaires, hormones sexuelles, saponine, etc.), il y a une parenté étroite. Enfin ces recherches enseignent que la présence de molécules de sucre et plus spécialement de glucose n'est pas indifférente, bien que l'action cardiotonique soit due au seul aglycone. La meilleure résorbabilité des glycosides de la Digitalis lanata est, en effet, due à leur richesse en glucose. En outre, ces recherches ont montré que les enzymes, les acides et notamment les acides organiques, particulièrement quand on chauffe, peuvent appréciablement modifier les glycosides digitaliques.

P.-E. Morhardt.

J. P. Secrétan. ***A propos du traitement de l'empyème parapneumothoracique*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **67**, n° 39, 25 Septembre 1937, p. 926-931). — Dans ce travail qui émane de l'Institut Forlanini, S. discute les diverses méthodes de traitement de l'empyème qui survient au cours du traitement par pneumothorax : l'oléothorax, le drainage ouvert (pleurotomie ou thoracotomie), le drainage fermé selon la méthode de Bülau avec un gros trocart, puis enfin les lavages pleuraux et la thoracoplastie.

Pour décider du traitement à faire, il est nécessaire de tenir compte du type clinique de l'épanchement.

En cas d'empyème parapneumothoracique simple, chacun admet la nécessité d'un traitement conservateur. Cependant, les uns sont abstentionnistes purs, tandis que l'école de Forlanini procède à des lavages pleuraux, mis au point par Morelli, et associés par Monaldi à la « détention progressive ». Dans cette méthode on remplace, au cours des premiers lavages, l'épanchement évacué par un volume de gaz de capacité équivalente; après chaque lavage, on évacue une quantité d'air suffisante pour produire une pression négative atteignant jusqu'à — 160 cmc d'eau.

En pareil cas, la thoracoplastie antéro-latérale élastique, opération très peu choquante et sauvegardant l'esthétique, est pratiquée également par Monaldi avec de beaux résultats.

Dans les empyèmes parapneumothoraciques associés septiques, le traitement est très discuté. Parfois cependant, quand il ne s'agit pas de formes par trop aiguës, les lavages fréquents peuvent suffire, notamment avec l'appareil de Bülau modifié. S. remarque à ce propos, qu'un traitement bien conduit dans les empyèmes simples évite presque toujours l'empyème mixte. Il donne à ce sujet 2 observations. Dans l'une, il s'agit d'un homme de 31 ans qui présentait un empyème depuis quatre ans et dont la cavité pleurale a été fermée par cette méthode en quatre mois. Dans l'autre, concernant une femme de 21 ans, Monaldi a pratiqué son intervention qui a donné de bons résultats. En somme, en recourant aux lavages pleuraux et éventuellement à la thoracoplastie, on peut, la plupart du temps, éviter une intervention chirurgicale radicale.

P.-E. Morhardt.

A. Hottinger. ***Prophylaxie et thérapeutique de la coqueluche par le vaccin*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **67**, n° 40, 2 Octobre 1937, p. 947-950). — Les modifications que la préparation de vaccins contre la coqueluche a subies au cours de ces derniers temps en a augmenté l'efficacité, de sorte que H., qui en 1931 était arrivé à des conclusions négatives sur l'utilité de cette méthode thérapeutique, a repris l'étude de cette question. Ses nouvelles investigations, qui ont été poursuivies entre 1935 et 1937, s'étendent à 279 enfants et à 5 adultes atteints de coqueluche. Sur le premier groupe, 177, âgés en moyenne de 4 ans, n'ont pas été traités par le vaccin, alors que 53, âgés en moyenne de 2 ans et demi, ont été traités par cette méthode. De plus, 49 enfants âgés en moyenne de 11 mois ont été vaccinés prophylactiquement.

Dans le groupe où le vaccin fut employé à titre thérapeutique, le nombre des cas sévères fut de 6 pour 100 ; dans le groupe où le vaccin fut employé à titre prophylactique, la proportion des cas sévères fut la même et, dans les cas témoins, elle fut de 12 pour 100. La proportion des cas bénins fut respectivement, dans chacun de ces 3 groupes, de 53, de 80 et de 32 pour 100. La durée de la maladie fut de douze à vingt jours dans les 2 premiers groupes, et de quatre semaines dans le groupe témoin. Dans l'ensemble il ne fut pas constaté de cas de mort, ce qui montre que l'épidémie envisagée était relativement bénigne.

H. remarque, de plus, que les injections thérapeutiques ont fait souvent diminuer le nombre des accès de 50 pour 100, d'une façon parfois passagère ; les effets définitifs ne se font sentir, soit sur le nombre, soit sur le caractère des accès, qu'au bout de 4 ou 5 injections.

Chez les adultes la vaccinothérapie a été un échec : elle semble n'avoir eu aucune action.

La prophylaxie fut réalisée par vaccination dans deux asiles d'enfants. Cette méthode ne confère pas de protection absolue. Néanmoins, l'évolution de la maladie est plus bénigne et sa durée est plus courte. La différence n'est cependant pas grande quand l'emploi thérapeutique du vaccin a débuté d'une façon précoce. Ainsi cette méthode de thérapeutique permet dans la plupart des cas de rendre la maladie moins grave et d'en raccourcir la durée. Les meilleurs résultats sont obtenus chez les nourrissons et dans la petite enfance. Enfin le nombre des complications est diminué et les médicaments ne sont plus nécessaires.

P.-E. Morhardt.

REVUE DES JOURNAUX

GAZETTE DES HOPITAUX
(Paris)

E. Aubertin et **R. de Lachaud** (Bordeaux). ***De l'utilisation de la courbe d'hypoglycémie provoquée par une injection intra-veineuse d'insuline en vue de l'exploration fonctionnelle du foie*** (*Gazette des Hôpitaux*, t. **110**, n° 90, 10 Novembre 1937, p. 1421-1427). — Frappés par l'allure anormale des courbes d'hypoglycémie insulinique chez les chiens présentant une dégénérescence graisseuse, A. et L. ont essayé d'utiliser l'insuline pour le dépistage de l'insuffisance hépatique. La courbe d'hypoglycémie a été étudiée dans son ensemble depuis le moment de l'injection de l'insuline jusqu'au retour de la glycémie à la normale ou vers la normale, la phase de restauration essentiellement hépatique paraissant d'un intérêt primordial au point de vue où on se place. Aux malades, à jeun depuis seize heures, après un premier dosage du sucre sanguin, on injecte dans les veines 12 unités d'Endopancrine, puis on fait des prélèvements de sang toutes les dix minutes pendant la première heure, toutes les quinze minutes pendant la deuxième heure, toutes les vingt minutes pendant la troisième heure. Les dosages sont effectués suivant la méthode de Hagedorn et Jensen.

Dans 4 cas de cirrhose hépatique confirmée, dont 2 avec hypertrophie et 2 avec atrophie, les deux caractéristiques les plus typiques des courbes d'hypoglycémie furent l'allongement du temps pour atteindre le point le plus bas et l'extrême lenteur pour remonter au niveau initial. Ces 4 malades présentaient des signes accusés d'insuffisance hépatique.

Dans 5 cirrhoses au début, avec symptômes de déficience fonctionnelle moindre, le temps de chute maxima de la glycémie fut encore un peu allongé, mais beaucoup moins que chez les cirrhotiques avancés. La ligne de restauration de la glycémie s'inscrivit en pente aussi faible.

6 alcooliques avérés, ayant un foie gros et dur, de l'urobilinurie ou une galactosurie anormale et une preuve de Quick pathologique, ont montré des courbes ayant une vitesse de chute normale, mais une restauration lente.

Chez 3 malades atteints d'ictère chronique dû, dans un cas, à une bride péritonéale sur le cholédoque, dans un autre à un ictère catarrhal prolongé, le troisième de cause indéterminée, la courbe d'hypoglycémie insulinique eut une chute normale et une réascension ralentie.

L'augmentation du temps que met la glycémie pour atteindre son niveau le plus bas paraît propre à la cirrhose du foie et s'explique mal. La recharge du sang circulant en glucose après hypoglycémie insulinique incombe essentiellement au foie et paraît avoir un grand intérêt pour le dépistage précoce d'insuffisance fonctionnelle de cet organe. Des investigations plus étendues permettront de préciser les causes d'erreur capables de fausser cette épreuve.

Robert Clément.

ANNALES DES MALADIES VÉNÉRIENNES
(Paris)

Gaté, Michel et **Delbos**. ***Les vulvo-vaginites infantiles, leur traitement hormonal*** (*Annales des maladies vénériennes*, t. 32, n° 10, Octobre 1937, p. 657-690). — Après avoir rappelé les données classiques sur la vulvo-vaginite des petites filles, et étudié rapidement le chimisme du vagin (pu vaginal, rôle de l'acide lactique, du glycogène, de l'infection microbienne, l'auto-défense vaginale), G., M. et D. étudient les bases expérimentales du traitement des vulvo-vaginites par l'oestrone; ils rappellent qu'après un certain nombre d'injections de folliculine, il se produit chez la fille impubère une maturation temporaire de la muqueuse vulvo-vaginale (augmentation du nombre des couches épithéliales de la muqueuse vaginale et augmentation du nombre des cellules kératinisées) et une acidité marquée des sécrétions vaginales.

Le principe du traitement est donc de modifier au moyen d'ingestion ou d'injections de folliculine la muqueuse vulvo-vaginale pour lui permettre d'acquérir à la fois des caractères histologiques et physico-chimiques nouveaux susceptibles de la rendre impropre au développement du gonocoque.

G., M. et D. ont soumis à la thérapeutique hormonale 15 fillettes, dont 8 atteintes de vulvo-vaginite banale à flore microbienne variée. Le médicament employé fut le benzoate de dihydrofolliculine (benzogynoestryl), soit en injection intramusculaire de 1 cmc, soit en ingestion. G., M. et D. ont constaté que l'ingestion de 2 à 4.000 UI par jour pendant 2 à 3 semaines était plus simple et tout aussi efficace.

Chez les 8 fillettes atteintes de vulvo-vaginite gonococcique, on enregistra 8 succès toujours rapides.

Comme incidents, on n'observa qu'un certain degré de congestion mammaire survenant au lendemain de l'injection et toujours passager. Les pertes augmentent toujours le lendemain de l'injection; c'est un phénomène normal et voulu.

Une réinfection s'est produite dans un cas quelques semaines après le traitement, ce qui tendrait à montrer que les modifications apportées dans le milieu vaginal n'ont qu'un caractère transitoire.

Quant à l'*avenir des malades* ainsi traitées, on peut se demander si l'introduction de substances oestrogènes n'est pas susceptible de déterminer des perturbations physiologiques dangereuses. La parenté chimique entre la folliculine avec certains carbures cycliques carcinogénétiques peut en effet faire redouter que les injections à hautes doses de folliculine exercent une action cancérigène. Jusqu'ici aucun fait probant n'a été signalé.

R. Burnier.

ANNALES DE MEDECINE
(Paris)

V. de Lavergne, P. Kissel et **H. Accoyer**. ***Les bases anatomopathologiques de la névraxite ourlienne*** (*Annales de médecine*, t. 42, n° 4, Novembre 1937, p. 527-541). — De L., K. et A. analysent d'abord les 4 observations anatomo-cliniques antérieures, comportant un examen histologique détaillé, qui montrent les deux signes histologiques essentiels de la névraxite ourlienne : infiltration périvasculaire et démyélinisation, petites suffusions hémorragiques disséminées, prolifération des cellules névrogliques, atteinte discrète des neurones. Ils étudient ensuite les lésions anatomopathologiques de la névraxite ourlienne expérimentale chez le singe, le chat et le lapin ; ces lésions sont de même ordre : infiltration lymphocytique méningée et périvasculaire, petites hémorragies capillaires, infiltrats nodulaires parenchymateux de nature lymphoïde ou névroglique, réaction gliale diffuse, atteinte discrète des cellules nobles. Toutefois, dans les lésions expérimentales des animaux, la démyélinisation était relativement discrète, diffuse et non systématisée, ce qui peut s'expliquer par ce fait que les cas d'encéphalite humaine étudiés avaient trait à des faits d'une extrême brutalité.

Ces lésions de névraxite ourlienne, caractérisant la localisation du virus sur les centres, exceptionnellement mortelles, sont presque constamment bénignes : fréquentes en expérimentation, elles sont banales chez l'homme.

Ceci vient à l'appui des faits rapportés d'encéphalite sans méningite et justifie les auteurs qui ont soutenu que plusieurs symptômes nerveux banaux, souvent observés au cours d'oreillons simples, tels que bradycardie et modification des pupilles, résulteraient de lésions centrales et non pas d'un processus méningé.

L. Rivet.

ARCHIVES DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF ET DES MALADIES DE LA NUTRITION
(Paris)

P. Hillemand, J. Garcia-Calderon et **Artisson**. ***Les diverticules de l'estomac*** (*Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition*, t. 27, n° 8, Octobre 1937, p. 801-832, et n° 9, Novembre 1937, p. 919-958). — Les diverticules gastriques sont des formations sacciformes développées le plus souvent au pôle de la grosse tubérosité près du cardia, plus rarement au niveau du pylore, sur les courbures ou les faces. Au seul point de vue clinique, on peut distinguer des diverticules essentiels, autonomes, et des diverticules associés à des lésions de voisinage. C'est la radiologie qui en a multiplié les observations ; mais ces observations malgré tout restent rares ; ce sont les plus rares des diverticules digestifs.

Ils s'observent également chez la femme et chez l'homme adultes On peut décrire, au point de vue clinique, des formes latentes, des formes de diverticules essentiels, et des formes associées à d'autres lésions.

Les formes latentes sont des découvertes de radiologie ou d'opérations, ou d'autopsies.

Dans les diverticules essentiels on peut observer des formes pseudo-ulcéreuses avec ou sans hémorragie; des formes pseudo-vésiculaires, des formes dyspeptiques sans caractère précis.

Dans les formes associées, on relève en même temps un ulcère vrai, un néoplasme, une cholécystite, une appendicite, d'autres diverticules du tube digestif.

L'examen radiologique est essentiel ; il pose le diagnostic et précise le siège. Il nécessite, pour être mis en lumière, une technique précise sur laquelle nous ne pouvons nous étendre dans cette brève analyse.

Les complications sont rares, qu'il s'agisse d'inflammation ou de dégénérescence néoplasique. La torsion est exceptionnelle, la perforation n'a pas été signalée.

Le diagnostic clinique ne se pose guère. La seule discussion a trait à l'examen radiologique qui peut méconnaître le diverticule, ce qui est le cas le plus fréquent, ou interpréter une image diverticulaire comme un diverticule vrai.

La situation sus- ou sous-diaphragmatique n'est pas toujours facile à préciser pour les diverticules du voisinage du cardia : diverticule œsophagien épiphrénique, hernie gastrique à travers l'hiatus œsophagien, ulcère haut situé, cancers de la région du cardia, déformations non diverticulaires de la grosse tubérosité, périgastrite. Dans les autres situa-

tions, le diagnostic radiologique se limite presque toujours à l'ulcère et au cancer.

Une étude des différentes théories pathogéniques, et des recherches dans l'ordre phylogénique et embryologique, semblent confirmer l'origine congénitale des diverticules gastriques de la région du cardia. Ceux de la région pylorique sont liés à la présence d'éléments pancréatiques aberrants.

Comme traitement, H., G.-C. et A. préconisent le pansement gastrique au sous-nitrate de bismuth associé à la belladone, et le drainage par une position optima déterminée sous contrôle radiologique.

Le traitement chirurgical serait exceptionnel, et les indications en seraient selon H., G.-C. et A. très restreintes.

J. Okinczyc.

ARCHIVES DE MÉDECINE DES ENFANTS (Paris)

G. Paisseau et **P. Carrez.** ***Le traitement des diphtéries graves par la strychnine à fortes doses*** (*Archives de Médecine des enfants*, t. 40, n° 11, Novembre 1937, p. 710-724). — P. et ses collaborateurs utilisent depuis quelques années la strychnothérapie dans les diphtéries graves. Les observations nouvelles qu'ils ont pu recueillir confirment les bons résultats précédemment publiés et permettent de préciser le mode et l'utilisation de cette médication, qui comporte un traitement d'attaque et un traitement d'entretien.

Traitement d'attaque. Les formes communes graves nécessitent généralement l'administration d'un demi-milligr. de strychnine par kilogr. et par 24 heures. Cette dose doit être atteinte en 3 à 4 jours et peut être portée aux environs de 1 milligr. dans les formes de transition ou lorsque des manifestations de toxicité diphtérique apparaissent. Les auteurs, à ces doses et dans ces conditions, n'ont observé qu'un seul accident mortel.

La strychnine, en solution à 2 pour 1.000, est administrée en injections sous-cutanées distantes de 3 heures au moins et également réparties dans les 24 heures. Pour les doses moyennes, on peut se contenter de 5 à 6 injections; pour les doses fortes il faut atteindre 7 ou 8 injections.

L'efficacité de la strychnothérapie dépend de deux conditions principales: un traitement assez précocement institué et une posologie suffisamment énergique.

Les *angines malignes*, qui, avec le traitement classique, présentent une mortalité généralement élevée, doivent être traitées avec des doses minima de 1 milligr. par kilo et par jour.

La dose extrême de chaque injection doit, en principe, être limitée: P. et C. ont adopté: 1 milligr. jusqu'à 1 an 1/2, 2 milligr. jusqu'à 3 ans, 2 à 5 milligr jusqu'à 6 ans.

Traitement d'entretien. Dans les formes communes graves ou submalignes, on peut vers le 20e jour et à partir du 35e dans les formes franchement malignes diminuer progressivement la dose et remplacer en même temps un nombre croissant d'injections par une quantité égale de strychnine ingérée en granules ou en potion.

Le traitement strychnique n'est évidemment qu'un complément de la sérothérapie. Par ailleurs, on peut, suivant les cas, lui adjoindre les autres médications classiques (extrait surrénal total ou adrénaline, ouabaïne en injections intraveineuses).

Le danger des accidents strychniques exige une surveillance stricte des malades. Ce danger est d'ailleurs considérablement diminué par l'efficacité des moyens qu'on peut lui opposer. Lorsqu'on constate des signes d'alarme à développement progressif (extension des zones réflexogènes) à la suite d'une injection strychnique, il suffit de faire absorber par voie buccale 2 à 10 centigr. de gardénal en prises fractionnées.

L'efficacité de la strychnothérapie intensive dans les diphtéries graves paraît d'abord établie par la guérison de formes malignes jusqu'ici considérées comme mortelles: tels les états d'insuffisance cardiaque avec vomissements, troubles du rythme et surtout hypertrophie du foie; telles encore les formes hémorragiques avec vastes ecchymoses, éruptions purpuriques, hématomes sous-cutanés.

On peut encore faire valoir la disparition, sauf dans un seul cas, sous l'influence de ce traitement, des syndromes secondaires malins. Dans les formes malignes, le plus grand nombre des décès s'est produit avant le 10e jour, quelques-uns jusqu'au 15e.

En raison de la surveillance incessante qui est nécessaire pour l'administration des hautes doses, l'inconvénient principal de ce traitement est de ne pouvoir être utilisé que dans des conditions particulières.

G. Schreiber.

R. Cruchet et **L. Glnestous** (Bordeaux). ***La sérothérapie dans le traitement des paralysies diphtériques*** (*Archives de médecine des enfants*, t. 40, n° 11, Novembre 1937, p. 725-736). — La sérothérapie dans le traitement des paralysies diphtériques est de nouveau à l'ordre du jour. Il y a une trentaine d'années, la discussion avait été vive sur cette question entre les partisans de la méthode (Mongour, Ferré, Comby, Méry, Netter) et ses adversaires (Grancher, Dieulafoy, Sevestre). Le débat, qui paraissait clos, a été réouvert par Marquézy et son élève Eck et ce fait incite C. et G. à communiquer les résultats de leur expérience personnelle.

C. et G. estiment qu'il convient de pratiquer la sérothérapie dans les paralysies diphtériques, même quand elles surviennent isolément après la disparition des fausses membranes et la guérison tout au moins apparente de la diphtérie.

Les doses, selon eux, doivent être de 40 à 60 cmc sauf dans des cas exceptionnels. Les injections intraveineuses (de 10 à 20 cmc) sont à conseiller dans les cas graves.

Dans les formes malignes, C. et G. ont l'habitude de faire conjointement des injections de sérum antigangréneux et de sérum antistreptococcique (Aubertin).

La sérothérapie sera encore plus efficace si on l'associe au traitement *phylactique*, notamment par le chloroforme (sous anesthésie ou en ingestion) ou par l'uroformine en injections intraveineuses. Tous les autres traitements seront également associés (adrénaline, ouabaïne, strychnine).

G. Schreiber.

JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

Devic, Ricard et **Marcel Girard.** ***Les leptoméningites basses. Etude clinique et thérapeutique d'après 14 observations*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. 18, n° 428, 5 Novembre 1937, p. 577-600). — 14 observations servent de base à la description clinique de l'arachnoïdite de la queue de cheval ou leptoméningite basse.

La forme la plus fréquente, celle de leptoméningite proprement dite, ne s'accompagne pas de formations kystiques. Il s'agit d'un épaississement blanchâtre des lames ou filaments arachnoïdiens : les racines de la queue de cheval sont plus ou moins englobées dans un réseau filamenteux qui constitue des adhérences le plus souvent ténues et fines, quelquefois épaisses et résistantes.

Dans cette forme, le début se fait en général par des douleurs qui restent le symptôme principal. Les troubles sensitifs objectifs n'ont été mis en évidence que 6 fois sur 14 ; ils sont souvent bilatéraux et symétriques ; dans aucun la dissociation thermo-anesthésique n'a été signalée. Chez 11 malades, on a constaté l'abolition de 1 ou 2 réflexes achilléens, 7 fois elle était bilatérale; les réflexes rotuliens sont plus rarement atteints. Les troubles moteurs sont fréquents, mais non constants ; les troubles sphinctériens n'ont manqué que 5 fois et s'accompagnent en général de troubles génitaux. On peut isoler une forme à symptomatologie purement algique.

La ponction lombaire donne des renseignements précieux : hyperalbuminose, légère réaction cellulaire fréquente. Le transit lipiodolé apporte dans la majorité des cas des éléments de précision intéressants.

L'évolution est lente et se fait capricieusement par saccades et à-coups, avec de véritables poussées évolutives. Des phases de rémission de l'ordre de plusieurs années sont notées.

Le diagnostic se pose entre les tumeurs de la queue de cheval, les maladies du cône terminal et les leptoméningites.

L'intervention chirurgicale, qui est cependant d'un pronostic réservé, paraît le seul traitement indiqué, en raison de l'étiologie encore imprécise.

D., R. et G. signalent 5 guérisons, 4 améliorations notables, 4 échecs et 3 décès post-opératoires. On n'a pas encore assez de recul pour juger des suites éloignées. Robert Clément.

MEDIZINISCHE KLINIK (Berlin)

P. Speidel (Tailfingen, Wurtemberg). ***Hémoptysie précédant les règles*** (*Medizinische Klinik*, t. 33, n° 43, 22 Octobre 1937, p. 1436-1437). — S. a observé plusieurs cas de règles vicariantes et, en général, les menstruations se manifestaient en s'accompagnant d'épistaxis. D'autres auteurs prétendent avoir observé d'autres hémorragies analogues du tube digestif. S. a observé 3 cas d'hémorragie provenant certainement des poumons. Dans les 3 cas, les femmes crachaient abondamment du sang (de 10 à 150 cmc) les jours précédant immédiatement leurs règles.

Selon S. l'examen attentif des sujets en question montrait que dans les cas les plus graves, l'hémorragie ne pouvait provenir que des poumons. Par ailleurs, dans les 3 cas aucune lésion et affection pulmonaire n'était constatée entre les règles. D'ailleurs, les hémorragies cessaient dès l'apparition des règles et les femmes se rétablissaient très vite de leurs malaises.

Dans tous les cas l'hémoptysie était de sang rouge non aéré. Ces hémorragies sont probablement dues à des processus insuffisamment connus du cycle ovarien et elles semblent favorisées par de fortes fatigues physiques.

S. recommande comme traitement les hémostatiques connus et le repos absolu. Dans les cas graves, l'administration d'analeptiques (cardiazol, coramine) a donné de bons résultats.

Il ne s'est pas écoulé suffisamment de temps depuis que S. a observé ces sujets pour savoir si l'administration de produits ovariens donnera de bons résultats thérapeutiques.

Guy Hausser.

O. Kauders (Graz). ***Nouvelle contribution à l'étude du traitement de la poliomyélite par l'impaludation*** (*Medizinishe Klinik*, t. 33, n° 44, 29 Octobre 1937, p. 1464-1468). — K. a déjà rapporté, dans une analyse précédente parue dans *La Presse Médicale*, 18 cas de poliomyélite aiguë qu'il avait traités avec succès par impaludation.

Sur ces 18 cas, 5 ont donné de très bons résultats, 8 des améliorations importantes et les 5 autres de moins bons résultats.

De plus, 2 autres cas ont été également traités par K. où ce traitement a donné aussi de très bons résultats.

K. rapporte maintenant quelques nouvelles observations. Dans l'une il a appliqué le traitement d'impaludation trente-quatre jours après le début de la maladie. Après huit jours de traitement et 7 accès

LE

PARAGERM

EST

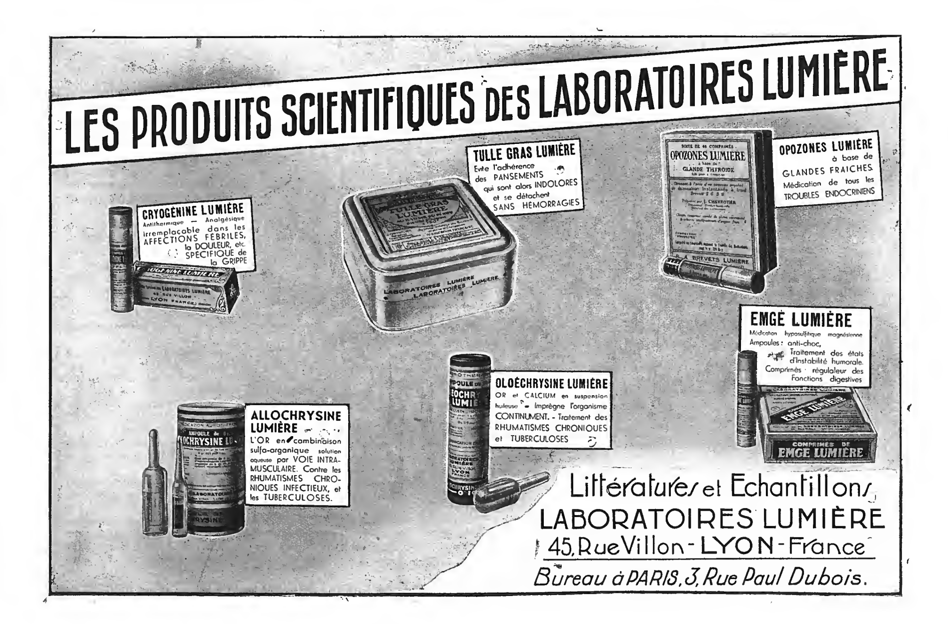
LE MEILLEUR COLLABORATEUR DU MÉDECIN

POUR

PRÉVENIR ET COMBATTRE LES ÉPIDÉMIES

Il permet l'application, en présence des malades, du **Décret du Ministère de la Santé Publique,** en date du 16 Mai 1936, qui prescrit la désinfection, dite continue, en cours de maladies contagieuses.

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE
aux Établissements L. D. P.
(Laboratoires du Paragerm et de Produits Chimiques)
151, avenue de Neuilly, NEUILLY-s/-SEINE (Seine)



de paludisme l'état du malade s'est amélioré. Huit mois après, alors que la paralysie avait été généralisée, celle-ci était presque complètement disparue.

Dans une autre observation, 8 accès de paludisme ont été provoqués après six jours d'une poliomyélite, au bout de quatre mois et demi une augmentation très sensible du volume des membres atteints s'est manifestée.

Dans 12 autres cas de traitement par impaludation, 3 furent entièrement guéris, 7 ont subi des améliorations très appréciables et 2 seulement n'ont pas donné de résultats satisfaisants.

K. fait remarquer que même chez des malades très jeunes, tels que des enfants de 3 ans, les accès de paludisme sont remarquablement bien supportés (K. fait observer qu'il se contente de 5 à 6 accès chez les jeunes).

Il semble que ce traitement, tout en n'étant pas apte à rétablir entièrement l'activité fonctionnelle des membres atteints, est cependant très utile en ce sens qu'il agit — dans la plupart des cas — si vivement sur le moral que le succès est durable. Il est toutefois nécessaire de continuer, après cette cure, les autres traitements par massages, gymnastique, traitement électrique et diathermie. La galvanisation serait préférable à la faradisation.

Guy Haussen.

E. Kylin (Jonköping). ***Nouvelles recherches cliniques concernant la transplantation de l'hypophyse*** (*Medizinische Klinik*, t. **33**, n° 45, 5 Novembre 1937, p. 1497-1500). — K. a déjà rapporté des résultats d'une transplantation de l'hypophyse, il apporte aujourd'hui d'autres observations.

L'opération est faite de la façon suivante : l'hypophyse d'un animal est coupée dans plusieurs petites parties, la transplantation est d'ailleurs faite immédiatement après l'abatage de l'animal, car K. pense qu'après un délai rapide les cellules hypophysaires sont devenues inactives.

K. a appliqué la transplantation de l'hypophyse dans 38 cas de maladie de Simmonds. Dans 20 cas les résultats ont été excellents et durables, deux rechutes se sont manifestées. Dans les cas guéris les symptômes de cette affection ont complètement disparu bien que le métabolisme basal n'ait que peu varié pendant assez longtemps. Un cas de dystrophie adiposo-génitale fut également guéri par transplantation d'hypophyse animale.

Après 3 mois, un malade de 19 ans, atteint d'hypoplasie génitale, fut guéri et son développement devint, par la suite, parfaitement normal.

Dans 3 cas de nanisme hypophysaire la transplantation n'a pas donné de résultats très probants. D'autre part, plusieurs cas d'alopécie totale ont pu être guéris par cette transplantation.

Les résultats éloignés de la transplantation, nécessaire en cas de troubles endocriniens avec affection hypophysaire, ne peuvent pas encore être précisés car les opérations dont nous avons parlé ci-dessus sont encore très récentes. Plusieurs cas de paralysie ont été également guéris par cette méthode. Il faut éliminer l'hypothèse d'une guérison par auto-suggestion, car l'amélioration ne s'est manifestée qu'après un temps assez long qui suivit les interventions. La vraie cause de guérison n'est pas encore connue. K. croit qu'elle pourrait être due à la formation d'un dépôt hormonal qui ferait en quelque sorte démarrer les fonctions glandulaires qui, par la suite, continueraient à fonctionner.

Une autre explication est donnée par K. qui est la suivante: une partie de l'hypophyse animale serait greffée effectivement sur le corps humain et fonctionnerait par la suite. D'ailleurs, des expériences faites sur les lapins prouvent que cette dernière possibilité existe.

Guy Haussen.

O. Kauders (Graz). ***Le traitement de la poliomyélite par impaludation*** (*Medizinische Klinik*, t. 33, n° 45, 5 Novembre 1937, p. 1502-1505). — K. pense que bien que des critiques contre le traitement par l'impaludation puissent s'avérer justifiées, les effets obtenus sont cependant très appréciables.

K. fait remarquer que la disparition progressive et la diminution des paralysies est extrêmement importante lorsqu'on envisage le développement futur des membres (principalement lorsque l'on a affaire à de jeunes enfants).

K. croit avoir constaté que la guérison est plus facile à obtenir en cas de paralysie des muscles du tronc et des extrémités inférieures qu'en cas de paralysie des extrémités supérieures.

Il a même obtenu de bons résultats là où le traitement ne fut appliqué que plusieurs mois après le début de la maladie.

Dans un cas, il a même été possible d'aboutir à des résultats heureux un an après le début de la poliomyélite. On peut donc recommander le traitement par l'impaludation dans tous les cas où un fonctionnement même faible des muscles est encore observé. Le traitement proposé par K. est donc utile à appliquer dans les cas où, dans les semaines ou les mois qui suivent la paralysie aiguë, celle-ci ne disparaît pas et que, même, l'atrophie musculaire progresse d'une façon menaçante.

Guy Haussen.

ZEITSCHRIFT FUR UROLOGIE (Leipzig)

D. Gostimirovic (Beograd). ***Traitement de l'hypertrophie prostatique par les hormones*** (*Zeitschrift für Urologie*, t. **31**, n° 11, 1937, p. 736-749). — Cet article est une revue générale très complète de la question. Il envisage les différentes conceptions sur le substratum anatomique et sur la pathogénie de l'hypertrophie prostatique depuis les plus anciennes, jusqu'aux conceptions actuelles, sur le rôle et les influences des hormones génitales et de la pré-hypophyse, qui servent de base au traitement hormonal.

La contribution personnelle de G. se réduit à 13 cas d'hypertrophie prostatique traités par l'Humbréol (hormone sexuelle mâle). Sur 8 de ces cas, aux stades I ou II de la maladie, il obtient 4 guérisons (?) et 4 améliorations. Sur 5 cas au stade III, il ne note aucune action.

Bernard Fey.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

Risak. ***Hyperthyroïdie d'origine cérébrale*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **50**, n° 19, 14 Mai 1937, p. 623-625). — Dans une communication antérieure, R. avait déjà insisté sur l'existence de myxœdèmes typiques provoqués par des lésions du mésencéphale, et ne se distinguant du myxœdème classique que par des signes neurologiques et des troubles extrêmement variés du métabolisme. Actuellement il rapporte un certain nombre de faits qui vérifient l'hypothèse selon laquelle les mêmes lésions cérébrales seraient susceptibles de déterminer une hyperthyroïdie: une première observation est celle d'une femme de 59 ans ayant présenté à 22 ans une syphilis plus ou moins bien traitée, et à 47 ans une hyperthyroïdie sévère coïncidant avec la ménopause; admise à l'hôpital en raison d'une récidive de son hyperthyroïdie, et d'un état fébrile persistant, on constata en outre l'existence d'un diabète insipide, puis l'aspect de la malade se modifia complètement et on vit se constituer un myxœdème et apparaître un syndrome parkinsonien; tous ces troubles purent être rattachés à une compression du plancher du 3e ventricule par une tumeur, que l'autopsie montra être une tumeur de l'infundibulum.

Un certain nombre d'observations prouvent que l'hyperthyroïdie peut également être provoquée par d'autres lésions mésencéphaliques telles que celles que l'on observe au cours de l'encéphalite épidémique, ou celles qu'entraînent des lésions vasculaires syphilitiques ou par artério-sclérose. On conçoit l'intérêt de tels diagnostics étiologiques, la thyroïdectomie s'avérant inefficace dans l'hyperthyroïdie d'origine cérébrale ; il peut être au contraire très important de traiter la lésion causale (radiothérapie ou extirpation d'une tumeur, traitement antisyphilitique, etc...), et ce faisant on guérira également l'hyperthyroïdie. A ce propos, R. signale qu'il a eu de bons résultats dans l'hyperthyroïdie apparue au cours d'une première atteinte d'encéphalite par les injections intraveineuses des dérivés de la Pyrazolone.

G. Basch.

Gabriel. ***Cure de désintoxication des alcooliques*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **50**, n° 19, 14 Mai 1937, p. 637-639). — Il est exceptionnel qu'un alcoolique arrive de lui-même à se guérir de son vice ; il faut donc avoir recours à des influences extérieures. Celle de la famille, si elle est suffisamment compréhensive, peut venir à bout d'un alcoolisme commençant ; mais plus souvent, on est obligé de faire subir une véritable cure de désintoxication, qui peut se faire sous deux formes : ou bien le malade est laissé à son milieu, mais il reçoit des visites fréquentes à son domicile, à son travail ; mais surtout on cherche à substituer à la distraction que constitue la boisson d'autres sources d'intérêt (lecture, etc...), et au café un autre lieu de réunion ; on le met en contact fréquent soit avec des gens qui n'ont jamais bu, soit avec d'anciens alcooliques désintoxiqués, et il voit ainsi par des exemples que la boisson n'est nullement indispensable.

Si cette cure « libre » échoue, il faut recourir à l'hospitalisation dans un établissement spécialisé où le malade entre soit volontairement, soit à la demande de ses proches, mais sous la garantie d'un certificat médical. On ne doit bien entendu faire entrer que les sujets susceptibles d'amélioration, mais là plus encore qu'ailleurs, le pronostic est délicat, et on a souvent des surprises inattendues. Cette cure comporte comme la précédente la suppression absolue et immédiate de l'alcool, suppression qui ne comporte aucun danger, en particulier en ce qui concerne le delirium tremens. On y adjoint pendant huit à quinze jours la diète lactée et le repos au lit pour remédier aux troubles digestifs. A part cela le traitement est essentiellement moral et doit comprendre l'éducation du milieu familial et l'amélioration des conditions sociales qui peuvent être une des origines du vice. On fait aussi une sorte de rééducation du malade en l'accoutumant à un travail régulier. La cure dure environ six mois mais dès la neuvième semaine sont autorisées des sorties pour habituer le malade à la liberté. Enfin après sa sortie il reste sous surveillance. On obtient ainsi de 30 à 40 pour 100 de guérisons et 8 pour 100 d'améliorations appréciables.

G. Basch.

Wilder. ***Contribution à la clinique et à la pathogénie des crampes du mollet*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **50**, n° 23, 11 Juin 1937, p. 895-901). — C'est en 1904 que Wernicke décrivit pour la première fois sous le nom de crampe névrosique une affection se manifestant par une très intense contraction tonique d'un muscle ou d'un groupe musculaire sous l'influence d'un mouvement volontaire ou non. W. considérait ce syndrome comme fonctionnel, d'où le nom qu'il lui attribua, terme auquel W. voudrait substituer celui de « Crampe maladie ». Affection assez rare, la crampe maladie a été considérée successivement comme provoquée par une polynévrite, par une radiculite ; pour d'autres, elle est liée à une malformation de la colonne vertébrale, ou à un trouble humoral, etc. W. a passé en revue les divers cas


CRINEX
EXTRAIT OVARIEN TOTAL STANDARDISÉ
stimule
OREX
EXTRAIT ORCHITIQUE TOTAL STANDARDISÉ
équilibre
FRÉNOVEX
EXTRAITS MAMMAIRE ET LUTÉINIQUE
freine
la fonction ovarienne
LABORATOIRES 28 CRINEX-UVÉ
C.O.F. 2

relatés : d'après son énumération, il semble s'agir plus d'un syndrome que d'une affection autonome, syndrome rencontré au cours de la goutte, du diabète, des états de déshydratation succédant à la diarrhée, aux vomissements, etc... La grossesse, les diverses intoxications donnent lieu au syndrome ; une place importante doit être réservée aux troubles vasculaires (artérites, phlébites, varices). Dans le tableau énumératif des diverses affections qui peuvent donner lieu aux crampes des mollets, on relève par ordre de fréquence le pied plat, l'arthrite chronique, surtout vertébrale, les névralgies diverses, les affections gynécologiques, l'alcoolisme, etc... L'hyperuricémie, l'acidité des urines, semblent également un facteur pathogénique de quelque importance.

G. Basch.

Tauber. ***Le diagnostic bactériologique de la blennorragie féminine par les cultures. Utilisation pratique*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **50**, n° 23, 11 Juin 1937, p. 902-906). — Bien que les opinions soient assez contradictoires, il semble bien que la majorité des auteurs estime souvent insuffisant l'examen direct des lames par la méthode de Gram pour affirmer la présence ou l'absence de gonocoques. Plus divergentes encore sont les opinions sur la façon d'utiliser les cultures et sur les milieux les plus favorables. T., d'après son expérience personnelle, estime que la Méthode de Neumann permet de faire pousser à coup sûr toutes les variétés de gonocoques, et même de les classer d'après le milieu sur lequel elles poussent. Neumann utilise 3 milieux : le A aérobie ; le C anaérobie ; le D anaérobie riche en CO_2. Les souches A poussent dans les 3 milieux, les souches C poussent sur C. et D ; seules les souches D ne poussent que sur le milieu D qui est le plus favorable à la culture du gonocoque puisque toutes les espèces y poussent. Près d'un tiers des gonocoques ne poussant qu'en milieu C et D, on voit la proportion d'erreurs si on utilise seulement un milieu de culture aérobie. T. expose avec précision tous les détails techniques concernant la préparation des milieux de culture et leur composition exacte (T. préfère, contrairement à Neumann, la gélose ascite, et surtout la gélose hydrocèle à la gélose au sang). Les colonies poussent en vingt-quatre heures, exceptionnellement au bout de deux à cinq jours seulement.

En ce qui concerne l'application pratique, T. a obtenu des résultats qui confirment pleinement la supériorité des cultures sur l'examen direct. Chez toutes les catégories de malades (aiguës, chroniques) et dans la recherche de la guérison, elle a pu mettre en évidence des gonocoques (C et D) là où l'examen direct avait échoué. D'autre part, dans 2 cas aigus où on avait trouvé des diplocoques, les cultures ont prouvé qu'il ne s'agissait pas de gonocoque, ce qui a été confirmé par l'évolution clinique, particulièrement courte et favorable.

Voici les conclusions de T. : Au cours des syndromes aigus, la culture n'est nécessaire que si l'on n'arrive pas à mettre en évidence le microbe à l'examen direct, ou que s'il y a doute. Dans la blennorragie chronique et dans la recherche de la guérison elle est au contraire le complément indispensable de l'examen direct.

G. Basch.

Fleischner. ***Les hémoptysies bénignes d'origine bronchique*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **50**, n° 24, 18 Juin 1937, p. 929-931). — F. relate 4 observations de malades ayant présenté une ou plusieurs hémoptysies sans qu'ait jamais pu être mis en évidence de bacilles de Koch, ni que par la suite ait été observée une tuberculose évolutive. F. pense qu'il n'est pas inutile de rappeler que le bon pronostic d'une hémoptysie peut se baser précocement sur certaines caractéristiques : apparition en pleine santé apparente, évolution sans fièvre, absence de bacilles de Koch dans le sang expectoré ; l'auscultation pulmonaire est négative et la radiographie ne permet pas de déceler dans le parenchyme pulmonaire l'origine de l'hémoptysie ; par contre elle montre fréquemment un certain degré d'atélectasie d'un territoire, et des ganglions calcifiés dans la région hilaire correspondante.

L'origine bronchique est confirmée par la bronchoscopie, qui montre des lésions chroniques de la muqueuse bronchique (érosions, granulations, varicosités) lésions déterminées par le processus inflammatoire des ganglions voisins (tuberculeux ou autre).

G. Basch.

Paluggay. ***Rœntgenthérapie des formes subaiguës et chroniques de la pneumonie*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **50**, n° 24, 18 Juin 1937, p. 944-947). — De 1932 à 1936 ont été traités par les rayons X à l'hôpital Wilhelmine, de Vienne, 17 malades porteurs d'un foyer pneumonique d'un ou de deux lobes pulmonaires, foyers évoluant depuis deux à huit semaines et n'ayant aucune tendance à la guérison spontanée. Sur ces 17 malades, 14 furent guéris (dont 2 avec pleurite associée). Il y eut 3 échecs, l'un dans un cas de pleuro-pneumonie compliquée d'empyème, les deux autres chez des malades porteurs d'une dilatation bronchique.

Dans le plus grand nombre de cas, après une exacerbation passagère de la gêne locale, les malades se sentaient soulagés cinq à dix heures après l'irradiation, la respiration devenant plus lente et plus profonde, l'expectoration augmentant. Mais surtout, alors qu'il s'agissait de malades présentant depuis des semaines une température en plateau élevé (aux environs de 39°), on observa dans 7 cas une chute à la normale en six à trente-six heures, dans les autres cas une descente en lysis plus ou moins prolongée ; il faut signaler qu'il peut se produire une élévation thermique transitoire quelques heures après la 1re séance ou même après les irradiations ultérieures.

Enfin les signes locaux, qui dans 11 cas étaient déjà sensiblement diminués à l'examen clinique et à l'examen radiologique après la 1re irradiation, disparurent en un laps de temps variant entre une et quatre semaines.

P. donne les détails de la technique employée. Le nombre de séances a varié de 1 à 6, à intervalles de deux à sept jours.

G. Basch.

BRUXELLES MÉDICAL

Ch. Marx (Ettelbrück, Luxembourg). ***Sur l'emploi des rayons infra-rouges et ultra-violets au cours des interventions chirurgicales*** (*Bruxelles Médical*, t. **18**, n° 1, 7 Novembre 1937, p. 1-7). — Depuis un an, 193 opérations abdominales ont été pratiquées sous rayons infra-rouges combinés dans un certain nombre de cas aux rayons ultra-violets. Dans 3 cas de décès post-opératoires, les suites n'ont pu être étudiées. Dans les 190 interventions sont comprises 71 urgences, dont la préparation a été nulle et l'état général souvent grave.

Les troubles fonctionnels de la maladie post-opératoire semblent moins fréquents avec cette méthode. Les vomissements post-opératoires sont exceptionnels et les opérés ont un réveil calme, même après anesthésie à l'éther. Les douleurs semblent moins marquées que lorsque l'on opère sans irradiation. L'usage des opiacés a pu être restreint. Sur 190 opérés, 148 ont évacué spontanément les gaz le lendemain ou le deuxième jour après l'intervention. Chez 42 seulement, on a eu à lutter contre les phénomènes parétiques de l'intestin. La rétention d'urine n'a été observée que dans 5 cas. L'oligurie post-opératoire a été notée très rarement. Il n'y a qu'un seul cas, non mortel, de phlébite avec embolie pulmonaire.

Sur les 190 opérés, il y eut à déplorer 7 décès seulement.

Les rayons infra-rouges ont avant tout une action calorique, avec, comme corollaire, une vasodilatation très marquée. Aux rayons ultra-violets, on peut attribuer une action stimulante sur le système nerveux et des propriétés bactéricides. Sur 14 appendicites aiguës, 3 seulement ont été drainées ; sur les 11 fermées immédiatement il y eut deux fois un abcès de la paroi sans gravité ; les 9 autres ont guéri par première intention.

La méthode des irradiations opératoires n'a pas encore donné tout ce qu'on est en droit d'attendre d'elle. Il lui manque une base physio-pathologique plus approfondie. L'appareillage et la technique ont encore à subir des modifications.

Robert Clément.

E. Lagrange. ***A propos du BCG. L'immunité antituberculeuse*** (*Bruxelles Médical*, t. **18**, n° 3, 21 Novembre 1937, p. 68-79). — Les bases théoriques de l'immunisation par le BCG font défaut. Quelle que soit la définition que l'on donne à l'immunité : état réfractaire à la maladie, comme l'avait proposé Calmette, ou résistance que manifeste un organisme, en se débarrassant des germes qui l'ont envahi par destruction ou élimination de ceux-ci, ce mot ne peut guère s'employer pour la tuberculose. Cliniquement, une première atteinte ne met guère à l'abri d'une évolution ultérieure ; expérimentalement, nous ne connaissons pas de procédé d'immunisation active ou passive de l'animal contre la tuberculose.

L'allergie tuberculeuse comprend des phénomènes très dissemblables ; il y a loin de la cuti-réaction positive de faible intensité apparaissant chez l'homme au phénomène de Koch du cobaye, auquel nous donnons la même étiquette.

Chez les grands mammifères, il existe un ou plusieurs mécanismes naturels capables, dans certaines conditions mal connues et en somme irrégulières et incertaines, d'inhiber l'évolution des lésions tuberculeuses. Ces mécanismes sont mal réglés, puisque c'est à la faveur de leur insuffisance que la tuberculose est encore si meurtrière. C'est l'étude de l'observation de ce mécanisme naturel qui a servi de point de départ à plusieurs méthodes de vaccination. La méthode de Calmette, comme celle de Behring, part du principe qu'il faut un vaccin vivant et qu'il faut devancer la tuberculose en vaccinant l'enfant dès sa naissance.

Les faits cliniques et statistiques donnés en faveur de la méthode sont discutables. Chez le cobaye, le BCG ne réalise guère qu'un retard de l'évolution fatale. Chez les bovins, les génisses vaccinées par Calmette ont presque toutes des ganglions tuberculeux. Chez l'enfant, il est difficile de se faire une opinion d'après les statistiques fournies dans lesquelles interviennent de nombreux facteurs.

Le terme d'immunité a un sens trop précis pour qu'on puisse l'appliquer aux prolongations d'évolution tuberculeuse et aux statistiques favorables chez les enfants du premier âge.

Robert Clément.

THE BRITISH JOURNAL OF SURGERY (Bristol)

T. B. Davie et W. E. Cooke (Bristol). ***Le développement du sarcome ostéogénique dans la maladie de Paget*** (*The British Journal of Surgery*, V. **25**, n° 98, Octobre 1937, p. 299-316). — D. et C. apportent deux observations personnelles sur le développement du sarcome ostéogénique chez des sujets atteints de maladie de Paget. La relation entre l'ostéite déformante et un sarcome consécutif a été diversement interprétée.

Certains ne voient dans l'apparition du sarcome qu'une simple coïncidence. La plupart des auteurs

SANAS

(GOUTTES)

EXTRAIT CONCENTRÉ VITAMINÉ DE FOIE FRAIS DE MORUE

Produit Français fabriqué à Saint-Pierre-Miquelon

SANS TRACE D'HUILE - Sans odeur ni saveur désagréables.
Soluble dans tous les liquides aqueux.
SE PREND EN TOUTE SAISON

INDICATIONS : Rachitisme, Prétuberculose, Tuberculose, Chloro-anémie, Convalescences, Adénopathies, Anorexie, Déchéances organiques.
DOSES : Enfants : 1 à 4 gouttes par année d'âge. Adultes : 40 à 60 gouttes par jour

Littérature et Échantillon : A. WELCKER & Cie, - 72, Rue du Commerce - PARIS XVe

OKAMINE

Tuberculoses graves ou rebelles
OKAMINE CYSTÉINÉE
FORMULE N° 3 DU Dr HERVOUET
20 AMPOULES pour 10 injections, 1 tous les deux jours.
(être persévérant)

Tuberculoses ordinaires courantes
OKAMINE SIMPLE
FORMULE N° 2
10 AMPOULES, injection tous les 2 ou 3 jours.
DRAGÉES, 3 ou 4 au petit déjeuner.

BLOUIN, pharmacien. — *Dépôt général* : **DARRASSE** Frères, 13, Rue Pavée. — PARIS (IVe).

AMPOULES BUVABLES de 10 cc
La boîte de 10 Ampoules 16 Frs.

UNE CONCEPTION NOUVELLE EN OPOTHÉRAPIE

1 à 3 AMPOULES PAR JOUR
La boîte de 10 Ampoules 16 Frs.

GLOBEXINE

ANEMIES. CROISSANCE
ETATS INFECTIEUX
LES ANALBUMINES

EXTRAIT AQUEUX TOTAL DU GLOBULE SANGUIN PRIVÉ DE SES ALBUMINES
LABORATOIRE DES PRODUITS SCIENTIA
21, rue Chaptal, Paris, 9e

MISERE PHYSIOLOGIQUE
GROSSESSE. HEMORRAGIES
LES ANALBUMINES

TERCINOL

Véritable Phenosalyl du Docteur de Christmas (Voir Annales de l'Institut Pasteur et Rapport à l'Académie de Médecine)

PUISSANT ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL

S'oppose au développement des microbes - Combat la toxicité des toxines par son action neutralisante et cryptotoxique
Décongestionne - Calme - Cicatrise

Applications classiques :

ANGINES - LARYNGITES
STOMATITES - SINUSITES
1/2 cuillerée à café par verre d'eau chaude en gargarismes et lavages.

DÉMANGEAISONS, URTICAIRES, PRURITS TENACES
anal, vulvaire, sénile, hépatique, diabétique, sérique
1 à 2 cuill. à soupe de Tercinol par litre d'eau en lotions chaudes répétées
EFFICACITÉ REMARQUABLE

MÉTRITES — PERTES VAGINITES
1 cuil. à soupe pour 1 à 2 litres d'eau chaude en injections ou lavages.

Littérature et Échantillons : Laboratoire R. LEMAITRE, 247 *bis*, rue des Pyrénées, Paris

admettent qu'il s'agit d'une véritable transformation sarcomateuse des lésions pagétiques de l'os. D. et C. se rangent délibérément de ce côté en s'appuyant sur les arguments suivants. Le sarcome ostéogénique apparaît surtout chez des gens jeunes : lorsqu'il se développe chez un pagétique, il s'agit au contraire de sujets âgés, chez qui la présence de la maladie était constatée souvent depuis de longues années. En outre les os atteints par le sarcome sont ceux qui sont le siège des lésions pagétiques les plus accentuées. Dans beaucoup de cas enfin la dégénérescence sarcomateuse se produit chez le même malade au niveau de plusieurs foyers osseux, fait qu'on ne voit jamais dans les sarcomes ostéogéniques proprement dits. Par contre les métastases dans les autres organes (poumons en particulier) qui sont fréquentes dans le dernier cas sont tout à fait exceptionnelles à la suite des sarcomes développés chez des pagétiques.

Au point de vue histologique on observe en général des sarcomes fuso-cellulaires. Chez deux sujets D. et C. ont constaté à plusieurs endroits la présence de nombreux ostéoclastes qui représentent à leurs yeux un état intermédiaire entre la maladie de Paget et le sarcome.

D. et C. étudient enfin les modifications survenues au niveau de la thyroïde et de la parathyroïde. Dans leurs deux cas il existait une diminution du contenu colloïde des vésicules thyroïdiennes et surtout une réduction très marquée des cellules oxyphiles dans les deux glandes. Ce fait est peut-être en rapport avec la disparition d'une hormone retardante de la croissance encore mal connue. Les considérations de ce genre permettent de soulever des hypothèses étiologiques trop vagues encore pour qu'on puisse en faire état, mais qui devront être discutées avec soin dans les observations futures.

Le pronostic de la dégénérescence sarcomateuse de la maladie de Paget est désespéré. La mort survient à bref délai, quel que soit le traitement employé. Les irradiations à hautes doses ont l'avantage de faire disparaître les douleurs vives qui rendent insupportables les derniers jours de ces malades.

Jacques Leveuf.

BRITISH MEDICAL JOURNAL
(Londres)

J. S. Young. *Les tumeurs osseuses. Les responsabilités de l'anatomo-pathologiste* (*British medical journal*, n° 4004, 2 Octobre 1937, p. 647-650). — Une collaboration étroite doit exister entre le radiologiste, l'anatomo-pathologiste et le chirurgien pour le diagnostic et le traitement des tumeurs osseuses. Il y a intérêt à ce que le diagnostic de la nature de la tumeur soit fait précocement pour permettre l'exérèse large et rapide. Deux moyens s'offrent pour le faire: la radiologie qui permet de voir les étapes de l'accroissement de la tumeur par des radiographies faites à des intervalles plus ou moins éloignés, mais c'est un procédé lent de diagnostic; la biopsie à ciel ouvert qui risque de disséminer la tumeur et de créer des métastases en ouvrant les vaisseaux.

Pour Y., ce dernier procédé est préférable, car la preuve radiologique est longue à obtenir et, d'autre part, expérimentalement les biopsies faites chez des rats porteurs de tumeurs osseuses n'ont pas été suivies de dissémination. De plus, la décompression de la tumeur par suite de la biopsie abaisse la pression intratumorale et réduit les risques d'essaimage des cellules sarcomateuses.

André Plichet.

Carl Semb. *Thoracoplastie avec apicolyse extra-fasciale* (*British medical journal*, n° 4004, 2 Octobre 1937, p. 650-656). — Le pneumothorax artificiel, quand il réussit, provoque la rétraction du poumon autour du hile dans les trois plans frontal, horizontal et sagittal. La thoracoplastie, soit paravertébrale totale suivant la méthode de Sauerbruch, soit réduite et économique comme celle pratiquée par Alexander ou Maurer, ne peut produire un collapsus suffisant parce qu'il persiste toujours une languette de poumon le long de la colonne vertébrale. Aussi S. combine-t-il l'apicolyse à la thoracoplastie. Mais au lieu de pratiquer l'apicolyse classique par décollement du feuillet thoracique de la plèvre, ce qui est souvent impossible à faire en raison des adhérences, S. pratique l'apicolyse extra-fasciale, c'est-à-dire qu'il procède au décollement du fascia endothoracique et qu'il sectionne ainsi tout l'appareil suspenseur de la plèvre qui, en cas de lésions apicales, est dense, feutré et résistant.

Pour réaliser cette libération du dôme pleural, il faut enlever les deux premières côtes et sectionner la 3e et la 4e côte en décollant leur périoste. Cette opération met à l'abri les vaisseaux sous-claviers et le plexus brachial. Le périoste libéré suit le dôme pleural qui s'affaisse et, en régénérant, il maintiendra le poumon en collapsus et empêchera les réexpansions ultérieures.

Avec cette technique, la mortalité dans les deux mois qui ont suivi l'intervention, faite en plusieurs temps, a été réduite à 3 pour 100.

Chez 90 pour 100 des survivants, les cavités ont été affaissées et les bacilles ont disparu de l'expectoration. Dans 17 cas, un pneumothorax artificiel coexistait du côté opposé de la thoracoplastie. Dans 4 cas, on établit du côté opposé un pneumothorax après l'intervention. En résumé, opération efficace, amenant à coup sûr le collapsus du poumon et comportant un minimum de risques.

André Plichet.

C. Lowell. *L'œdème cérébral dans certains troubles mentaux* (*British medical journal*, n° 4004, 2 Octobre 1937, p. 656-659). — A l'autopsie de cas de mélancolie ou d'encéphalite chronique, L. a trouvé des lésions cérébrales qui vont de l'infiltration périvasculaire, comme dans l'encéphalite aiguë, jusqu'à l'œdème cérébral. Selon lui, cet œdème serait dû à un changement de la tension superficielle du sérum des malades qu'il recherche par une méthode spéciale. Comme un de ses malades atteint de troubles mentaux, dont il avait examiné le sérum, était mort de pancréatite hémorragique, L. fut amené à examiner systématiquement les fonctions pancréatiques et le pancréas lui-même aux autopsies des sujets morts d'encéphalite chronique ou de mélancolie. Les tests pancréatiques sont, en général, en défaut; la glycosurie est rare, l'insuline est sans effet.

Sur 39 malades dont le sérum était normal, il trouva 34 cas de lésions du pancréas consistant en une inflammation interlobulaire disséminée d'origine vraisemblablement intestinale.

André Plichet.

NEW-YORK STATE JOURNAL OF MEDICINE

J. F. Zendel et D. Greenberg. *Méningococcémie. Traitement par la sulfanilamide et le prontosil. Rapport de 2 cas* (*New York State Journal of medicine*, t. 37, n° 20, 15 Octobre 1937, p. 1744-1748). — Ces deux observations de méningococcémie guérie par le prontosil concernent deux adultes.

Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de 37 ans qui présenta de la température, des frissons et une éruption sur le tronc et les extrémités, puis il eut des maux de tête, vomit et tomba dans le coma. Le liquide céphalo-rachidien était trouble, contenait des polynucléaires et des méningocoques. Après la sérothérapie intra-rachidienne et intra-veineuse, le liquide céphalo-rachidien devint clair avec seulement quelques cellules. Les accidents sériques furent sévères. Six jours plus tard, on trouva des méningocoques dans le sang. La sérothérapie intra-veineuse provoqua une réaction sérique terrifiante. 15 jours après la première méningite, une deuxième se développa, qui s'améliora à la suite d'injections intra-rachidiennes d'antisérum. La méningococcémie persista. Trois transfusions furent pratiquées et une troisième attaque méningée se produisit un mois et demi après la première. Les essais de sérothérapie durent être interrompus à cause des accidents allergiques. On administra alors en quarante-huit heures 40 cmc de « Prontosil » et 8 gr. 45 de sulfanilamide en doses fractionnées à intervalle de quatre heures, puis 3 fois par jour, 0 gr. 65 de sulfanilamide pendant trois jours. La température descendit rapidement et la convalescence fut rapide.

Le second malade avait 27 ans et présentait une méningococcémie sans complication et sans réaction méningée, les cultures montrèrent un méningocoque du groupe III. Après huit jours de septicémie, il reçut 100 cmc de prontosil et 5 gr. 20 de sulfanilamide en quarante-huit heures. Puis 0 gr. 65 de cette substance 3 fois par jour, pendant six jours. Soixante heures après le début du traitement, la température tomba brusquement à la normale et y resta. L'amélioration suivit de peu l'abaissement de la température.

Robert Clément.

W. R. Campbell (Toronto). ***L'emploi de la protamine-zinc-insuline*** (*New York State Journal of medicine*, t. 37, n° 21, 1er Novembre 1937, p. 1795-1809). — Quelques courbes et quelques chiffres montrent l'effet comparé de l'insuline ordinaire et de la protamine-zinc-insuline, chez 7 diabétiques adultes, sauf un garçon de 14 ans. Sur la glycémie, la protamine-zinc-insuline a une action plus lente, moins brutale, plus prolongée.

Pour les sujets qui n'ont besoin que d'une petite dose d'insuline, il est commode de l'injecter en une seule fois avant le repas.

Quand le régime contient moins de 100 grammes par jour d'hydrates de carbone, la protamine-zinc-insuline correspond à peu près à 60 pour 100 de la dose totale d'insuline normale et peut être donnée en une seule dose 1/2 heure à 1 heure 1/2 avant le petit déjeuner.

Cette préparation réalise une économie qui n'est pas négligeable par rapport à l'insuline ordinaire.

L'état général et la sensation de bien-être physique des malades sont en général améliorés avec la protamine-zinc-insuline par rapport au produit normal.

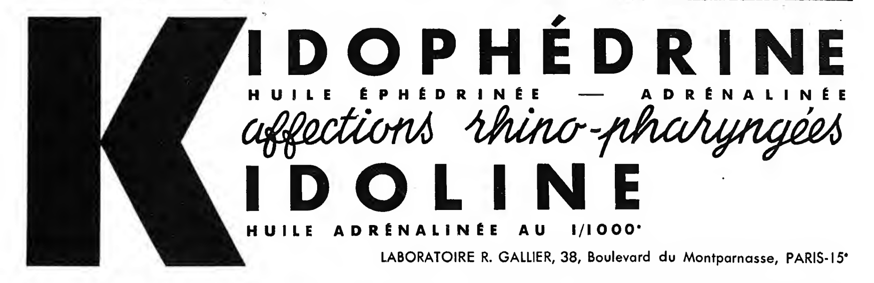
Dans plusieurs cas, les doses d'insuline nécessaires sont devenues de plus en plus petites, mais cette amélioration ne se produit pas toujours.

Robert Clément.

ARCHIVIO ITALIANO DI CHIRURGIA
(Bologne)

A. Grassi (Rome). ***Contribution expérimentale à l'étude du rétablissement de la circulation cardiaque par muscle vivant, après ligature des coronaires*** (*Archivio Italiano di Chirurgia*, vol. 47, n° 2, Octobre 1937, p. 234-252). — Depuis que Fr. Franck en 1899 a proposé le traitement chirurgical de l'angor pectoris, de nombreux chirurgiens ont cherché le moyen d'agir sans trop de risques sur l'irrigation cardiaque. Parmi les plus ingénieux de ces moyens, Beck a proposé de stabiliser la circulation collatérale du myocarde par l'intermédiaire des muscles pectoraux ou du grand épiploon. C'est à l'étude de cette vascularisation suppléée que s'est attaché G. dans cet intéressant travail basé sur l'expérimentation. Voici ses conclusions :

1° Le traumatisme opératoire est sérieux mais



KIDOPHÉDRINE
HUILE ÉPHÉDRINÉE — ADRÉNALINÉE
affections rhino-pharyngées
KIDOLINE
HUILE ADRÉNALINÉE AU 1/1000°

non toujours mortel : Sur 14 lapins opérés, 4 seulement décédèrent en cours d'intervention.

2° L'occlusion d'une artère coronaire (la gauche dans les cas expérimentaux de Grassi), jointe à l'occlusion d'une grosse branche de l'autre, est compatible avec la vie quand un système d'irrigation sanguine collatérale vient suppléer le système expérimentalement oblitéré. La plupart des animaux ont survécu et certainement vivraient toujours s'ils n'avaient été sacrifiés. 2 animaux témoins épargnés sont bien portants 6 mois après l'opération.

3° L'irrigation sanguine collatérale est assurée par l'anastomose entre les muscles du squelette et le myocarde. Le grand et le petit pectoral ont été utilisés à cet effet et leur anastomose est rapidement développée. Des examens histologiques montrent que si certains faisceaux musculaires dégénèrent, la majorité des fibres striées conserve sa morphologie et sa vascularisation. Les inévitables adhérences sont restées sans effet sur les mouvements cardiaques.

4° Les électrocardiogrammes pratiqués à distance de l'opération montrent que les troubles de conduction sont vraiment minimes.

Marcel Arnaud.

ARCHIVIO DI PATOLOGIA E CLINICA MEDICA (Bologne)

G. Chiti. ***La régulation hormonale de l'hémoglycolyse*** (*Archivio di patologia e clinica medica*, t. **17**, n° 1, Janvier 1937, p. 1-29). — C. a étudié chez une série de sujets sains l'action de différents extraits glandulaires sur la glycémie et l'hémoglycolyse; pour déterminer celle-ci, il ajoutait à du sang une solution tampon de phosphates mono et disodique et une solution de glucose et dosait le sucre dans le mélange immédiatement et après 3 heures d'étuve à 37°. L'injection d'extrait hypophysaire antérieur n'a d'action appréciable ni sur la glycémie, ni sur l'hémoglycolyse; l'injection d'extrait hypophysaire postérieur augmente constamment et légèrement la glycémie et inhibe l'hémoglycolyse; l'injection d'extrait thyroïdien ou de thyroxine augmente légèrement la glycémie et accroît en général l'hémoglycolyse. L'injection d'extrait cortico-surrénal, tout au moins aux doses utilisées, n'a d'action ni sur la glycémie ni sur l'hémoglycolyse; l'injection d'adrénaline produit une augmentation constante et nette de la glycémie et diminue plus ou moins l'hémoglycolyse. L'extrait épiphysaire ne modifie sensiblement ni la glycémie, ni l'hémoglycolyse. L'extrait parathyroïdien provoque une légère diminution de la glycémie mais ne fait pas varier l'hémoglycolyse. L'injection de folliculine n'entraîne pas de modifications très appréciables ni de sens constant de la glycémie et de l'hémoglycolyse tandis que celle du corps jaune diminue constamment la glycémie sans modifier nettement l'hémoglycolyse. Il n'y a donc pas de rapport régulier entre les modifications de la glycémie et celles de l'hémoglycolyse; mais il est à noter que les hormones hyperglycémiantes (adrénaline, pituitrine) diminuent l'hémoglycolyse tandis que l'insuline, hormone hypoglycémiante, élève chez le diabétique, mais non chez le sujet normal, l'hémoglycolyse.

Lucien Rouquès.

D. Barbieri et **F. Facci-Tosatti.** ***Nouvelles recherches sur la cholécystographie rapide*** (*Archivio di patologia e clinica medica*, t. **17**, n° 1, Janvier 1937, p. 78-108). — B. et F. ont mis au point une technique de cholécystographie rapide : 15 à 30 minutes avant l'injection de tétraiode, on fait une injection intraveineuse très lente de 3 à 5 centigr. d'acétylcholine; lorsque les voies biliaires sont indemnes, la vésicule est presque toujours opacifiée et son image apparaît dans la première demi-heure après l'injection de tétraiode: lorsqu'il y a des lésions de la vésicule, même lithiasiques, ou de l'estomac, du duodénum et de l'appendice, l'image vésiculaire peut aussi apparaître dans la première demi-heure mais parfois on ne la constate qu'après la deuxième heure et, dans un certain nombre de cas, la vésicule reste invisible ; la dilution de l'acétylcholine dans 10 cmc de sérum glucosé à 40 pour 100 donne des images rapides et fortement opaques. L'injection de 200 cmc de sérum salé isotonique ou de 30 cmc de solution salée à 2 pour 100 accélère l'apparition de l'image vésiculaire mais donne des résultats inférieurs à ceux de l'acétylcholine. Parmi les substances qui sont susceptibles d'accélérer l'apparition de l'image vésiculaire, on peut citer le tachydrol, l'adrénaline, l'urotropine, l'extrait hypophysaire postérieur, la prostigmine et l'ergotamine, mais dans l'ensemble, les résultats ne sont pas aussi régulièrement bons qu'avec l'acétylcholine; les effets de la pilocarpine et de l'hyoscyamine sont très variables suivant l'état de la vésicule; l'histamine et divers cholagogues comme le déhydrocholate de soude, le choleval (argent colloïdal stabilisé par le choléinate de soude), le chinophényl ne favorisent nullement la cholécystographie.

Lucien Rouquès.

FOLIA MEDICA (Naples)

S. Caccuri et **C. A. Vesce.** ***Sur l'hypoglycémie insulinique (épreuve de Sendrail) chez les sujets normaux et les diabétiques*** (*Folia medica*, t. 23, n° 4, 28 Février 1937, p. 171-212). — C. et V. ont étudié le comportement de la glycémie après injection intra-musculaire d'une demi-unité d'insuline par kilogramme de poids (épreuve de Sendrail) chez 9 sujets normaux et 35 diabétiques répartis en deux groupes : diabétiques légers avec glycémie inférieure à 2 gr., diabétiques graves. Les chiffres moyens de la glycémie minima après injection d'insuline et de l'abaissement de la glycémie initiale ont été de 0,37 et 0,63 chez les sujets normaux, de 0,56 et 1 gr. 13 chez les diabétiques légers, de 0,73 et 2 gr. 04 chez les diabétiques graves; l'abaissement de la glycémie par rapport à la glycémie initiale a été sensiblement le même chez les sujets sains et les diabétiques légers: 61 et 65,6 pour 100, un peu supérieur chez les diabétiques graves: 74 pour 100. La durée moyenne de l'hypoglycémie a été comparable chez les trois groupes (110, 124 et 115 minutes) ainsi que les durées les plus grandes et les plus faibles. L'indice d'assimilation n'a guère varié en moyenne d'un groupe à l'autre : 0,63, 0,57, 0,72 et il ne paraît pas exact d'admettre qu'il diminue lorsque le diabète est particulièrement grave. Par contre, C. et V. confirment l'opinion de Castagnou et considèrent avec lui que la tangente de la ligne d'assimilation es l'indice le plus exact de la gravité du trouble métabolique; sa valeur moyenne a été 0,61 chez les sujets sains, 0,96 chez les diabétiques légers et 2,04 chez les diabétiques graves.

Lucien Rouquès.

MINERVA MEDICA (Turin)

M. Bassi. ***La distinction des divers syndromes hypertensifs, particulièrement de l'hypertension essentielle, par l'étude de l'écoulement du courant sanguin dans les capillaires*** (*Minerva medica*, an. 28, t. **1**, n° 16, 22 Avril 1937, p. 416-419). — Si on interrompt la circulation artérielle au niveau de l'humérale en établissant dans un brassard une pression un peu supérieure à la pression systolique, on constate par la capillaroscopie du repli unguéal que le sang continue à s'écouler dans les anses capillaires pendant un espace de temps qui est sensiblement constant chez les sujets normaux : 15 à 18 secondes; si on applique sur l'avant-bras une vessie contenant de l'eau à 60° pendant 8 à 10 minutes, on constate que le temps de l'écoulement diminue : 5 à 8 secondes; si on applique de la glace sur l'avant-bras, le temps d'écoulement augmente : 30 à 34 secondes.

Chez les artério-scléreux sans hypertension artérielle, le temps d'écoulement est en général plus court que chez les sujets normaux, qu'il soit mesuré après ou sans applications chaude ou froide; la réduction est d'autant plus considérable que la sclérose artérielle est plus marquée. Chez les hypertendus essentiels sans artério-sclérose, le temps d'écoulement est en moyenne de 16 à 18 secondes, s'élève à 32-36 secondes après les applications chaudes et revient à un chiffre voisin du chiffre initial après les applications froides. Chez les hypertendus avec artério-sclérose, le temps d'écoulement est du même ordre que celui des artério-scléreux sans hypertension, mais avec des variations un peu plus étendues sous l'influence du chaud et du froid.

Si, après avoir interrompu le courant artériel, on lève l'obstacle, on constate que le courant sanguin capillaire se rétablit instantanément chez les artério-scléreux, après une période de quelques secondes chez les sujets normaux, après un temps un peu plus long chez les hypertendus artério-scléreux, après une période de 18 à 20 secondes chez les hypertendus essentiels.

Lucien Rouquès.

RASSEGNA INTERNAZIONALE DI CLINICA E TERAPIA (Naples)

A. G. Chiariello. ***Lésions expérimentales du système nerveux central et ulcère gastrique*** (*Rassegna internazionale di clinica e terapia*, t. **18**, n° 11, 15 Juin 1937, p. 489-495). — 5 chiens d'une première série subirent par voie trans-calleuse une lésion des noyaux de la base, atteignant surtout la couche optique ; ils furent sacrifiés, 3 après quarante-huit heures, 1 le sixième jour et le 5e le trentième jour ; chez tous, la muqueuse de l'estomac et du duodénum présentait de nombreuses lésions ulcératives et de type hémorragique surtout abondantes dans les régions antrale et pyloro-duodénale ; chez aucun, il ne fut observé de lésions comparables à l'ulcère gastrique. 4 autres chiens subirent par la même voie une lésion de la région hypothalamique et furent sacrifiés, 2 après quarante-huit heures, les autres après six et trente jours ; les résultats furent à peu près les mêmes, mais les lésions moins intenses. L'examen histologique de la muqueuse a montré que ce qui dominait dans les deux séries, c'était une extraordinaire vasodilatation, avec formation en de nombreux points de taches hémorragiques et infiltration parvicellulaire plus ou moins diffuse ; les bords des ulcérations étaient taillés à pic; les ulcérations s'arrêtaient presque toujours en profondeur à la sous-muqueuse qui n'était que rarement le siège d'une nécrose partielle ; la muqueuse du voisinage présentait des altérations régressives.

Lucien Rouquès.

LA RIFORMA MEDICA (Naples)

S. Rinaldi. ***Vues modernes sur l'étiologie, la pathogénie et le traitement de la dégénération pigmentaire de la rétine*** (*La Riforma medica*, t. 53, n° 11, 13 Mars 1937, p. 371-377). — R. rapporte les observations de 5 sujets atteints de dégénération pigmentaire de la rétine, traités par des injections d'acétylcholine suivant la technique préconisée en 1933 par Corrado; il pense que l'on peut obtenir transitoirement quelques résultats dans les cas peu avancés, mais que l'on n'a que des échecs dans les autres; toutefois, ce traitement mérite d'être

essayé puisque toutes les autres méthodes ont fait faillite.

Dans l'étiologie de l'affection, on doit faire jouer un rôle important aux troubles circulatoires de la rétine, qu'ils se produisent par l'intermédiaire de spasmes ou de lésions des parois vasculaires; ces troubles circulatoires peuvent être primitifs ou secondaires à des altérations de tout l'organisme, y compris les glandes endocrines.

LUCIEN ROUQUÈS.

G. Di Lullo. ***L'élimination urinaire de l'acide ascorbique (vitamine C) chez les malades atteints de rougeole et de scarlatine*** (*La Riforma medica*, t. **53**, n° 20, 15 Mai 1937, p. 711-717). — D. L. a dosé chez 5 malades atteints de rougeole la quantité d'acide ascorbique éliminée quotidiennement par les urines, employant la méthode de Ferrari et Buogo : lorsque l'exanthème apparaît et pendant qu'il persiste, l'élimination urinaire est plutôt élevée et parfois même très forte ; lorsque l'exanthème régresse, l'élimination diminue assez brusquement et redevient sensiblement normale. D'après 6 cas de scarlatine, D. L. conclut que l'élimination de l'acide ascorbique y présente des variations analogues à celles de la rougeole, à cela près que l'élimination y est plus forte pendant la période d'éruption et qu'elle diminue ensuite plus lentement. Aucun rapport ne peut être établi entre l'élimination de l'acide ascorbique et de la température.

D. L. ne pense pas que l'élimination excessive de l'acide ascorbique dans la rougeole et la scarlatine tienne à la mobilisation des réserves de l'organisme ou à une surproduction ; il admet à titre d'hypothèse qu'elle doit dépendre d'une perméabilité accrue des reins, conséquence de leur atteinte par le virus scarlatin ou morbilleux. De toute façon, l'élimination excessive d'acide ascorbique dans ces affections montre l'utilité d'administrer aux malades de la vitamine C.

LUCIEN ROUQUÈS.

RINASCENZA MEDICA
(Naples)

G. Benincasa. ***Orchiépididymite aiguë suppurée due au mélitensis*** (*Rinascenza medica*, t. **14**, n° 8, 30 Avril 1937, p. 260-263). — Les orchites sont relativement fréquentes dans la mélitococcie quoiqu'en Italie, elles semblent moins souvent signalées que dans d'autres pays, la France en particulier; mais il est exceptionnel qu'elles aboutissent à la suppuration. Un homme de 68 ans a une fièvre de Malte qui guérit en 6 mois après un traitement par les vaccins; 6 mois plus tard, il éprouve de violentes douleurs au niveau du testicule droit; la fièvre réapparaît; la vaccinothérapie n'agissant pas, il entre à l'hôpital au bout de deux mois. La bourse droite est grosse, la peau œdématiée; le palper y montre une zone antérieure fluctuante, une zone postérieure dure, fibreuse; l'épididyme est gros, dur, irrégulier, le déférent est également gros et dur mais lisse; la moitié droite de la prostate est un peu grosse et sensible; la vésicule séminale, la vessie, l'urètre sont normaux. La ponction ramène de la vaginale un liquide trouble agglutinant le mélitocoque à 1 pour 800 et plus profondément du pus crémeux; les résultats de l'examen bactériologique et cytologique du liquide et du pus ne sont pas indiqués. Une hémicastration est jugée nécessaire; le testicule présente une grosse cavité remplie de matières purulentes; les coupes mettent en évidence un processus d'infiltration surtout lymphocytaire avec des foyers plus ou moins étendus de nécrose et une vive réaction des tissus conjonctifs. Après l'intervention, la température revient définitivement à la normale.

LUCIEN ROUQUÈS.

THE JAPANESE JOURNAL OF DERMATOLOGY AND UROLOGY
(Tokio)

Komuro. ***Induration plastique du pénis*** (*The Japanese journal of dermatology and urology*, t. **41**, n° 4, Avril 1937, p. 118-119). — K. rapporte 2 cas d'induration plastique de la verge.

Le 1er fut observé chez un homme de 51 ans. Les réactions de Wassermann, Ito, Frei et Pirquet étaient négatives. La radiographie montrait une ombre calcifiée au milieu du pénis. On fit l'extirpation chirurgicale de cette masse, qui était histologiquement du tissu conjonctif ossifié. Il n'existait chez ce malade aucune autre complication, ni contracture de Dupuytren, ni trouble des échanges, mais la radiographie montra dans la cavité du bassin des ombres, les taches du bassin d'Albers-Schönberg.

Le 2e malade, âgé de 64 ans, avait des réactions de Frei et d'Ito négatives ; le Pirquet était faiblement positif ; il existait une aortite spécifique, mais le traitement syphilitique fut sans effet sur l'induration. La radiographie montrait également des taches du bassin.

37 cas d'induration plastique de la verge ont été signalés jusqu'ici au Japon, surtout à partir de 50 ans, mais quelquefois plus tôt, à 20 ans.

Sur 7 cas examinés aux rayons X, 2 fois on nota la présence d'une ombre au niveau du pénis.

K. estime qu'il pourrait y avoir une relation entre les taches du bassin de Albers-Schönberg et l'induration plastique.

R. BURNIER.

Akima et Sato. ***Leucoplasie étendue de la vessie*** (*The Japanese journal of dermatology and urology*, t. **41**, n° 4, Avril 1937, p. 121-124). — Une femme de 36 ans se plaignait depuis six ans de pollakiurie et de bactériurie. La cystoscopie montra que presque toute la moitié gauche de la vessie et le fond vésical était revêtus d'un enduit écailleux, gris blanchâtre brillant, en certains points argenté.

L'urine trouble contenait de l'albumine, des leucocytes, des globules rouges, des cellules épithéliales et kératinisées. Comme microbes, on trouvait du colibacille, de gros diplocoques, pas de gonocoques ni de bacilles de Koch.

Toutes les réactions du sang et du liquide céphalo-rachidien au point de vue tuberculose et syphilis furent négatives.

Le pyélogramme montrait une néphroptose bilatérale et une hydronéphrose gauche.

L'histologie confirma le diagnostic de leucoplasie.

Au point de vue étiologique, il semble qu'une irritation chronique de la vessie (cystite chronique avec bactériurie) joue un grand rôle dans la genèse de la leucoplasie ; dans ce cas la tuberculose et la syphilis ne paraissent pas en cause.

Le traitement indiqué en pareil cas est l'ablation chirurgicale, mais la malade se refusa à toute opération.

R. BURNIER.

GRUZLICA
(Varsovie)

M. Jakubowicz. ***Pneumothorax opaque*** (*Gruzlica*, t. **12**, n° 1, 1937, p. 7-17). — Dans un travail illustré de nombreux schémas et images radiographiques, J. souligne que le pneumothorax opaque n'est pas dû uniquement à l'épaississement de la plèvre. Il peut s'expliquer, dans certains cas, par les adhérences planes qui maintiennent le poumon à la paroi thoracique. Une pachypleurite secondaire survenue dans la cavité du pneumothorax libre d'adhérences peut contribuer à la constitution de l'opacité. Le pneumothorax opaque peut s'étendre sur toute la hauteur du poumon comprimé et plus souvent dans certains segments seulement. L'intensité de l'opacité peut dépendre du degré d'organisation du dépôt fibrineux sur la plèvre pariétale. Le plus souvent, on observe le pneumothorax opaque au cours d'un ancien pneumothorax accompagné d'un épanchement modéré. Cliniquement, le diagnostic du pneumothorax opaque exige certaines réserves. Son principal signe révélateur se manifeste sous forme de poussées fébriles qui suivent les interventions d'entretien du pneumothorax. Dans sa pratique personnelle, J. observe souvent le pneumothorax opaque dans les pneumothorax résiduels dits « morts » et particulièrement après cautérisation des adhérences ainsi qu'à la suite des épanchements purulents traités par l'oléothorax.

FRIBOURG-BLANC.

Z. Skibinski. ***Pneumothorax à oscillations renversées des pressions intrapleurales*** (*Gruzlica*, t. **12**, n° 1, 1937, p. 17-26). — S. rapporte une observation personnelle de pneumothorax thérapeutique à oscillations manométriques paradoxales à partir de la troisième insufflation. Il s'agissait d'une petite cavité pneumothoracique de configuration triangulaire d'un segment de cercle dont les deux côtés étaient formés par la paroi thoracique et le diaphragme et la base courbée en arc de cercle était tournée vers le médiastin. S. explique le mécanisme du rythme renversé des oscillations de la pression intrapleurale par l'existence d'une adhérence qui maintenait le segment concentrique du diaphragme, tout en lui assurant une certaine mobilité. Sous l'influence des manœuvres d'entretien de la cavité pneumothoracique, toutes les parois de la cavité se trouvaient écartées au maximum, à l'exception du segment concentrique de la paroi diaphragmatique. En se contractant au moment de la respiration, le diaphragme tendait à s'abaisser dans sa partie concentrique, mais, fixé par les adhérences, il attirait en même temps l'arc pleural pulmonaire vers le bas, comprimant ainsi le gaz contenu dans la cavité pleurale.

FRIBOURG-BLANC.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Bâle)

E. Melchior. ***Syndrome péritonéal aigu comme réaction d'hypersensibilité. Contribution à la question de la péritonite séreuse aiguë*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **67**, n° 40, 2 Octobre 1937, p. 950-951). — M. a attiré l'attention sur l'exsudat précoce dans l'appendicite aiguë. Cet exsudat qui est libre dans la cavité péritonéale contenait, dans un cas, 4,3 pour 100 de protéine sans leucocytes ni lymphocytes. Parfois cependant on trouve des cellules endothéliales péritonéales. Cette péritonite séreuse aiguë constitue un syndrome particulier, idiopathique, c'est-à-dire survenant sans que l'examen du péritoine révèle la raison de ces phénomènes. Dans une série de cas de cette espèce en effet, il n'a pas été trouvé la moindre altération inflammatoire au niveau de l'appendice.

Dans une observation concernant un homme de 22 ans présentant depuis deux heures environ des nausées et des douleurs abdominales extrêmement vives, avec ventre de bois, température 37°2, pouls 100, leucocytes 9.500, on a fait le diagnostic de perforation gastrique aiguë bien que la matité du foie soit conservée. L'examen aux rayons Rœntgen montre l'absence d'air dans la cavité abdominale, de sorte qu'on retarde l'intervention. Le lendemain les phénomènes ont régressé, mais il apparaît à la cuisse, où la veille on procéda à une injection sous-cutanée de sérum physiologique, des phénomènes identiques à une infiltration phlegmoneuse aiguë.

Ce malade présente par ailleurs un dermographisme exceptionnel. Il y a lieu de conclure que ce syndrome, qui aurait pu facilement conduire à une laparotomie, doit en réalité être attribué à une toxine d'origine alimentaire, capable de déterminer, par ailleurs, une péritonite séreuse.

A ce sujet, M. rappelle également la péritonite à ascaris.

P.-E. Morhardt.

Th. Baumann. ***Recherches sur les variations annuelles de la teneur en vitamine C du lait de femme et de vache, sur les besoins des nourrissons en vitamine C et sur l'approvisionnement en vitamine C de la population urbaine en Suisse*** (*Schweizeriche medizinische Wochenschrift*, t. **67**, n° 41, 9 Octobre 1937, p. 962-965). — Le lait de 14 nourrissons a été examiné par B. à la Clinique pédiatrique de Bâle entre Juin 1936 et Mai 1937. Dans 5 de ces cas, on a constaté des variations nettes dans la teneur en vitamine C. Au cours des mois de Juin, Juillet, Août et Septembre, les chiffres sont assez élevés, alors qu'ils sont faibles en Novembre et en Décembre. L'augmentation débute très nettement au cours des deux premiers mois de l'année, c'est-à-dire en plein hiver, fait qui doit être mis en relation avec l'abondance dès Janvier de fruits méridionaux (mandarines, oranges, citrons, bananes) sur le marché. Les chiffres ainsi obtenus à Bâle sont très différents de ceux que Ferdinand a obtenus à Dantzig, où l'augmentation de la vitamine C dans le lait survient beaucoup plus tardivement, vraisemblablement parce que, dans cette ville, la consommation de légumes et de fruits est extrêment modérée.

A Bâle, on a obtenu en moyenne, dans le lait des nourrices, de Juin à Octobre, 4 à 7,5 milligr. pour 100 grammes ; de Novembre à Décembre et parfois Janvier, de 2,5 à 3 milligr., et en moyenne, pour l'année, 3,3 à 4 milligr. 8. Etant donné que le nourrisson a besoin par jour de 8 à 17 milligrammes de vitamine C, 100 à 200 cmc de lait de femme par jour lui apportent une ration suffisante de ce principe. En Novembre, Décembre et parfois encore en Janvier, il lui en faut un peu plus, soit 250 à 400 cmc pour être protégé contre une hypovitaminose. B. confirme d'ailleurs qu'avec 8 à 12 milligr. de vitamine C par jour, les prématurés se portent très bien. En somme, la population urbaine paraît très bien approvisionnée en vitamine C et on ne doit pas répandre dans la population la psychose de la carence de vitamine. Au point de vue médical, il est d'ailleurs préférable de recourir, non pas seulement à la vitamine C, mais aussi aux sources naturelles comprenant la vitamine C_2 qui, d'après Euler, possède des propriétés antinfectieuses dont l'acide ascorbique est dépourvu.

Dans certaines régions très montagneuses de la Suisse, où les pommes de terre sont en grande partie remplacées par le maïs et par l'avoine, B. n'a jamais eu l'occasion de rencontrer des nourrissons présentant du scorbut caractérisé ou du préscorbut. Dans ces contrées on consomme des décoctions de plantes des Alpes et en particulier des tisanes faites avec des aiguilles de pins. B. a déterminé la teneur en vitamine C d'une infusion de 10 gr. d'aiguilles de pins finement hachées où il a pu retrouver 2 milligr. de cette vitamine. Pour extraire complètement la vitamine C, il faut épuiser les aiguilles de pins pendant deux ou trois heures, de préférence dans des bouteilles bien bouchées.

La teneur en vitamine C du lait provenant de laiteries modernes a varié de 1,2 à 2,1 pendant l'année, mais sans que des différences bien sensibles aient été constatées d'une saison à l'autre. Il résulte de ces chiffres, que dans la ration des nourrissons nourris artificiellement, il figure en moyenne 5 à 8 milligr. de vitamine C pour 100. Néanmoins. il n'a pas été constaté de signe de scorbut sur un grand nombre d'enfants. La raison en est sans doute que cette carence relative n'a pas d'effet si elle ne se prolonge pas au delà des trois ou quatre premiers mois et si on commence de bonne heure à ajouter des jus de fruits et de légumes à l'alimentation au lait de vache.

P.-E. Morhardt.

VESTNIK CHIRURGII

(Léningrad)

L. G. Bogomolov (Léningrad). ***L'organisation du service des donneurs à l'Institut scientifique de transfusion sanguine de Léningrad*** (*Vestnik Chirurgii*, t. **51**, n° 136, p. 163-170). — B. étudie le recrutement et l'organisation du cadre des donneurs pendant la période 1931-1936.

En 1932, l'Institut comptait 350 donneurs et il a été pratiqué 520 transfusions ; en 1936, il en compte 1.627 et, pour les onze premiers mois de l'année, il a été pratiqué 3.647 transfusions.

Il s'est présenté, depuis 1932, 3.744 candidats donneurs; 840 ont été refusés (156 pour veines trop grêles, 198 pour des causes d'ordre médical, 486 pour des raisons vénérologiques).

Sur les 2.904 donneurs inscrits, en 5 ans, 1.277 ont cessé de donner pour des raisons diverses (familiales, départs, changements de profession, etc...).

Parmi les 1.627 donneurs actuels, on note 1.094 femmes et 533 hommes; 862 d'entre eux sont âgés entre 20 et 40 ans.

La répartition suivant les professions s'établit comme suit : ouvriers 838, personnel médical 244, employés 216, ménagères 178, étudiants 151.

D'après les groupes sanguins on note : groupe O : 618 donneurs; groupe A : 517; groupe B : 391; groupe AB : 101.

En 5 années les donneurs ont fourni une quantité globale de 2.565 litres de sang au cours de 10.162 transfusions.

B. étudie ensuite les mesures propres à augmenter le nombre des donneurs, ainsi que celles susceptibles d'améliorer la qualité du sang transfusé.

Parmi les premières, il insiste sur : la propagande par les donneurs eux-mêmes, l'augmentation des indemnités qui leur sont allouées, une immobilisation n'excédant pas 2 à 3 jours pour l'examen en vue de l'inscription.

Parmi les secondes, après avoir noté la rareté des maladies transmises par transfusion (2 fois sur 10.000 transfusions) il attire l'attention sur la nécessité des cartes d'identité avec photographies, de couleurs différentes suivant les groupes, sur les contrôles sérologiques réguliers, sur le contrôle par l'Institut lui-même de l'identité et du groupe du donneur avant chaque transfusion.

Il termine ce travail par l'étude de l'influence des saignées répétées (20 à 30 en 5 ans); il a relevé chez 605 donneurs une diminution de 5 à 10 pour 100 de Hb., chez 549 aucun changement, chez 473 une augmentation de la quantité de Hb. Le nombre des hématies a diminué de 1/4 à 1/2 million chez 527 d'entre eux, est resté sans changement chez 641, a augmenté chez 459 donneurs.

Marchak.

P. R. Boulatoff, L. G. Bogamologa et **V. D. Schilbach** (Léningrad). ***A propos du choix des donneurs suivant leur type constitutionnel*** (*Vestnik Chirurgii*, t. **51**, n° 136, p. 171-179). — B., B. et S. étudient 1.000 donneurs (288 hommes et 712 femmes) suivant leur type constitutionnel. Ils adoptent la classification de Tchernoroutsky suivant l'indice de Pignet (taille en centimètres — le poids en kilogrammes + le tour de poitrine en centimètres) ou mieux de Pignet-Verveck :

$$\frac{(\text{poids} + \text{tour de poitrine}) \times 100}{\text{taille}}$$

Les trois types constitutionnels sont :

1° Le type normal ou normasthénique (Pignet entre + 10 et + 30 ou Pignet-Verveck entre 82 et 93) ;

2° Le type hypersthénique (Pignet moins de + 10 ou P.-V. plus de 93) ;

3° Le type hyposthénique (Pignet plus de + 30 ou P.-V. moins de 82).

Le type qui domine chez les donneurs est le type hypersthénique et le type normasthénique. Les chiffres trouvés sont à 5 pour 100 près les mêmes pour les hommes et pour les femmes. Si l'on compare les types constitutionnels des donneurs avec ceux des étudiants ou des malades médicaux on note que chez les premiers domine nettement le type hypersthénique.

Parmi les donneurs eux-mêmes il existe un parallélisme net entre la quantité d'hémoglobine et celle d'érythrocytes d'une part, et le type constitutionnel d'autre part; les hypersthéniques étant les plus riches en hémoglobine et en globules rouges; les hyposthéniques les plus pauvres.

Les hypersthéniques extrêmes (en moyenne 95 pour 100 de Hb. et 5.350.000 hématies) sont les donneurs les plus actifs. Du reste, c'est chez ce type constitutionnel que la régénération des hématies après transfusion se fait le plus rapidement. Elle est complète 10 à 15 jours plus tôt que chez les donneurs du type asthénique.

Pour conclure, B., B. et S. estiment que la détermination du type constitutionnel dans le choix des donneurs permet de sélectionner ceux du type hypersthénique qui semblent être les plus aptes.

Marchak.

A. N. Filatov (Léningrad). ***Sur les avantages et les inconvénients des transfusions de sang conservé*** (*Vestnik Chirurgii*, t. **51**, n° 136, p. 194-204). — Dans ce travail de l'Institut scientifique de transfusions sanguines, lequel a conservé et fourni 1.103 litres de sang en 5 années, F. estime que l'inconvénient principal de la méthode est que le sang perd petit à petit ses qualités biologiques et que, même en solutions glucoso-citratées, il devient impropre à la transfusion après un délai de 10 à 15 jours.

Même dans ce délai, le sang conservé subit des altérations (hémolyses, coagulations partielles, infections, etc...) qui en rendent environ 1,3 pour 100 impropre à la transfusion. Il faut ajouter que l'estimation de la valeur du sang transfusé est délicate, les tests de résistance globulaire et d'examen bactériologique étant difficiles à apprécier.

Par ailleurs, la transfusion de sang conservé donne plus d'accidents et d'incidents (17 pour 100) que celle de sang frais.

F. étudie ensuite les avantages de la méthode.

La transfusion n'est plus dépendante du donneur. Elle peut être pratiquée d'extrême urgence, surtout en période de guerre.

Le transport est possible à grande distance.

La transfusion elle-même gagne en simplicité. Elle ne comporte plus qu'un seul temps.

La transfusion de sang conservé permet l'emploi de sang placentaire, de sang de cadavre, de transfusion de plasma.

La méthode permet l'emploi facile de très petites doses (10 à 20 cmc) comme des doses massives.

Enfin, elle diminue le risque de passage de donneur à receveur d'affections septicémiques par la mort de nombreux germes dans le sang conservé (spirochètes, protozoaires, etc...).

Pour conclure, F. estime qu'à l'heure actuelle, les complications liées aux transfusions de sang conservé ont diminué considérablement, et que les inconvénients étudiés plus haut ne diminuent pas la valeur de la méthode, laquelle mérite sa diffusion dans la pratique courante.

Marchak.



AU BLEU DE MÉTHYLÈNE

LE PLUS ACTIF - LE MIEUX TOLÉRÉ

BLENNORRAGIES CYSTITES
PYURIES - PROSTATITES
COLIBACILLOSE URINAIRE

Antigonococcique • Diurétique
Analgésique • Antiseptique

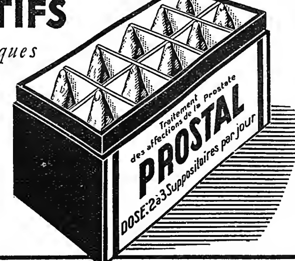


PROSTAL

SUPPOSITOIRES SÉDATIFS

Analgésiques Décongestifs, Opothérapiques

TROUBLES URINAIRES DOULOUREUX
HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE
HÉMORROÏDES



LABORATOIRES MONAL. 13 Avenue de Ségur. PARIS (VIIe)

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAL DE CHIRURGIE (Paris)

Z. W. Zikeef (Smolensk). ***La maladie d'Ollier et la place qu'elle occupe dans l'ordre des maladies du système des os*** (*Journal de Chirurgie*, t. **50**, n° 5, Novembre 1937, p. 621-637). — C'est l'observation d'un enfant de 8 ans, atteint de la maladie osseuse qu'Ollier décrivit en 1899, sous le nom de Dyschondroplasie, et à laquelle Viteck donna le nom de maladie d'Ollier, qui est le point de départ de ce travail, où Z., Prof. à la Clinique chirurgicale de Smolensk, propose des maladies du système osseux la classification suivante :

I. *Les dysplasies* qui sont un dérèglement du processus formateur des os établi avant la naissance. Elles comprennent :

1° L'osteogenesis imperfecta; 2° La chondrodysplasia qui a deux aspects : *a*) la chondrodysplasia epiphysaria correspondant à la chondrodystrophie, et *b*) la chondrodysplasia metaphysaria qui se présente sous les aspects de maladie d'Ollier et de maladie marmoréenne d'Albers-Schönberg.

II. *Les chondrodystrophies* qui sont un trouble de la croissance dû à une altération de la trophicité des os ayant dépassé le premier degré de leur formation d'avant la naissance et qui continuent de croître. Ces chondystrophies ne répondent plus ici à la maladie d'Ollier, mais au rachitisme, à l'ostéomalacie, à la maladie de Barlow.

III. *Les ostéodystrophies* sont les maladies de l'os ayant achevé sa croissance et comprennent : la maladie de Recklinghausen et la maladie de Paget.

L'observation elle-même est intéressante, tant par le haut degré et la multiplicité des lésions abondamment photographiées et radiographiées, que par leur association à de nombreux et volumineux nodules sous-cutanés ayant tous les caractères cliniques et histologiques des angiomes caverneux. Elle comprend un examen histologique des lésions osseuses.

Au point de vue diagnostique, c'est avec la chondromatose multiple que la difficulté a pu exister dans ce cas.

Pour ce qui est de la nature de la maladie d'Ollier, en raison de son association avec les angiomes caverneux (son cas), avec les kystes ovariens (Levine), avec des malformations congénitales comme le bec-de-lièvre, Z. admet l'hypothèse de Bauer et Viteck qu'il s'agit « d'une lésion du blastème de l'œuf ».

P. Grisel.

René Leriche, R. Fontaine et **L. Friedmann.** ***L'infiltration stellaire est-elle justifiée dans l'embolie pulmonaire du point de vue physiologique et anatomo-pathologique? Quelle place doit-elle occuper dans la thérapeutique de cette affection?*** (*Journal de Chirurgie*, t. **50**, n° 6, Décembre 1937, p. 737-748). — Appliquant aux embolies pulmonaires le résultat de ses études sur l'origine réflexe pariétale des accidents consécutifs aux embolies des artères périphériques, le Prof. L. a recherché la suppression du réflexe vasoconstricteur mortel de l'embolie pulmonaire par la novocaïnisation du ganglion stellaire. Une première tentative a été heureuse, les deux suivantes ont échoué. Le travail actuel est consacré à la critique des hypothèses qui ont conduit à cette thérapeutique.

1° Le rôle du spasme vasculaire dans les accidents de l'embolie pulmonaire est-il établi? Le spasme est *cliniquement* évident et, *expérimentalement*, Villaret, J.-Besançon, Bardin ont obtenu la mort subite réflexe par des injections embolisantes de l'artère pulmonaire, le point de départ étant artériolaire plutôt qu'artériel ou capillaire, contrairement, il est vrai, à l'observation chez l'homme dont la mort rapide succède surtout aux embolies du tronc et de ses branches; de plus, Scherf et Schönbrunner ont constaté dans l'embolie pulmonaire expérimentale et clinique, à l'électrocardiographie, des modifications des ondes P et T révélatrices d'un réflexe pneumo-coronarien à trajet vagal et à effet coronaro-constricteur.

2° Quel est le trajet du réflexe constricteur et justifie-t-il le blocage du ganglion stellaire? La réponse est affirmative au point de vue *anatomique* et, au point de vue *physiologique*, avec Brown-Sequard, François Franck et Langley, la majorité des physiologistes admet le passage de vaso-constricteurs pulmonaires à travers le ganglion étoilé, centre essentiel des réflexes vaso-moteurs que peut déclencher l'arrêt brusque d'une embolie dans le système de l'artère pulmonaire.

3° Quelle est l'importance relative des deux facteurs : mécanique et fonctionnel?

Le rôle mécanique est d'autant plus grand que la partie de l'artère pulmonaire où siège l'embolus est plus voisine de son origine; les ligatures expérimentales ou opératoires ont montré que si l'obstruction du tronc de l'artère ne peut être maintenue plus de six minutes, celle des artères lobaires et même des branches est compatible avec la vie. Donc, prépondérance de l'action mécanique pour le tronc de l'artère et de l'action réflexe pour les branches et leurs ramifications; et, en conséquence, opération de Trendelenburg pour les embolies du tronc et infiltration stellaire pour celles des ramifications.

Il y a donc intérêt à connaître le siège habituel de l'embolie pulmonaire mortelle. A l'Institut d'Anatomie pathologique de Strasbourg, le Prof. Gery, de l'autopsie de 225 embolies mortelles, tire les précisions que voici : L'embolie siégeait 104 fois dans le tronc (68 fois dans le tronc seul, 32 fois dans le tronc et les deux branches, 2 fois dans le tronc et la branche droite, 2 fois dans le tronc et la branche gauche); 55 fois dans les deux branches, le tronc restant libre; 39 fois dans une seule branche; 12 fois dans une artère lobaire (8 fois unique et 4 fois multiple); 15 fois dans une artère périphérique. La conclusion, *a priori*, est que la thérapeutique fonctionnelle (infiltration stellaire) a peu de chance d'être à elle seule suffisante dans 159 cas sur 225 (70 pour 100), tandis qu'elle répond seulement à 66 (30 pour 100) d'entre eux.

L'opération de Trendelenburg est donc le plus souvent indiquée, et pratiquée 123 fois elle a donné 9 guérisons durables. Mais il est bien rare de pouvoir intervenir à temps et plus aisé d'obtenir du service de garde ou du médecin de ville que soit faite sur le champ une infiltration stellaire qui, si elle ne peut s'opposer aux accidents mécaniques de l'embolie du tronc artériel, pourra par contre amener la sédation presque instantanée des phénomènes cardio-pulmonaires alarmants des embolies lobaires ou périphériques.

P. Grisel.

Marcel Roux. ***La lithiase rénale d'hypercalciurie*** (*Journal de Chirurgie*, t. **50**, n° 6, Décembre 1937, p. 781-800). — On connaît les lésions rénales et la lithiase par hyperparathyroïdisme spontané dans l'ostéose parathyroïdienne (23 cas réunis en 1934 par Albright, Baird, Cope et Bloomberg), ou provoqué par administration répétée expérimentale de parathormone, associée à la stase urinaire produite par pincement de l'urètre ou de l'un des uretères (Mandl et Uebelhör, 1933). Cette lithiase rénale a d'ailleurs été signalée encore dans d'autres affections squelettiques : ostéo-arthrites blennorragiques, tuberculose osseuse, fractures infectées, ostéopathies dystrophiques, ostéomalacie, et elle a été reproduite expérimentalement, avec ou sans adjonction de stase rénale provoquée, en donnant à des animaux un régime alimentaire riche en calcium et en vitamine D (Gray).

M. Mondor a dégagé de semblables faits une conception générale de la *lithiase rénale par mutation calcique* que son élève M. R. expose dans ce mémoire, résumé de sa thèse (Paris 1937), d'après 5 observations représentant quelques-unes des causes d'hypercalciurie : ostéo-arthrite blennorragique, fracture compliquée, tuberculose articulaire, état malacique, ostéose parathyroïdienne.

L'étude des conditions chimiques qui déterminent la nature phosphatique (4 cas) ou oxalique (1 cas), ou urique, conduit à attribuer le rôle de facteur nouveau complémentaire et probablement prépondérant à l'excès de calcium urinaire dont la combinaison avec l'un des acides phosphorique, urique, oxalique, se fait suivant l'influence acide ou alcaline du milieu. La lithiase phosphatique est la plus fréquente, c'est celle de l'ostéose parathyroïdienne qui allie l'hypercalciurie à l'hyperphosphaturie. La lithiase oxalique, dont l'exemple est fourni par l'observation II (Leriche) d'une fracture compliquée, s'explique par la longue immobilisation, cause de ralentissement des oxydations, et par la destruction des noyaux cellulaires du foyer de fracture infecté, toutes deux favorables à l'oxalémie.

Le mécanisme invoqué de l'hypercalciurie est celui admis pour l'ostéose parathyroïdienne où le squelette décalcifié fait les frais de la mobilisation calcique vers l'émonctoire rénal. Cette décalcification squelettique est peut-être le fait de l'hyperémie dans les lésions locales (fractures, arthrites gonococciques); il résulte d'une action endocrinienne dans l'ostéite fibro-géodique; dans l'ostéomalacie il y aurait, au contraire, un trouble métabolique par lequel le calcium assimilé et élaboré se trouve éliminé au lieu d'être normalement fixé au squelette.

La lithiase d'hypercalciurie se manifeste au moment le plus aigu du processus décalcifiant, vers le sixième ou neuvième mois de la maladie connue; mais ses signes peuvent être révélateurs de la maladie encore latente (ostéose parathyroïdienne). La douleur lombo-abdominale, l'hématurie, la pyurie au cours d'une maladie décalcifiante doivent orienter diagnostic et examens radiologiques, et éviter une laparotomie inutile dont l'observation IV, où elle fut faite pour kyste ovarique tordu, offre un exemple.

Le traitement de la lithiase constatée est chirurgical; R. insiste surtout sur le traitement préventif au cours des maladies causes d'hypercalciurie. En Amérique, Osborne et Mendel, surtout Higgins, ont attribué à la vitamine A un pouvoir préventif et même curateur des lithiases alcalines; avec Lazarus et Rosenthal, R. retient surtout sa valeur acidifiante et conclut, par suite, que c'est à une thérapeutique acidifiante : benzoate de soude, acide phosphorique, qu'il faut avoir recours.

La lithiase urique est observée surtout chez les tuberculeux aux urines acides et est favorisée par l'action génératrice d'uricémie de la suralimentation. L'immobilité complète des malades constitue

un facteur dangereux contre lequel on devra lutter par le massage et la mobilisation.

P. Grisel.

O. Gilson et A. Gratia. ***Le phénomène d'Arthus au catgut, cause insoupçonnée d'adhérences post-opératoires*** (*Journal de Chirurgie*, t. **51**, n° 1, Janvier 1938, p. 43-68) — La formation d'adhérences péritonéales post-opératoires extensives et persistantes, en dehors de toute infection ou traumatisme, a amené à admettre, chez certains opérés, une prédisposition rencontrée surtout chez les tuberculeux, les lymphatiques, les syphilitiques, une première opération pouvant même créer ce terrain allergique prédisposant. G. et G. au cours de réinterventions libératrices, ayant été frappés de la localisation des adhérences le long du trajet des sutures au catgut, et soupçonnant que les opérés avaient pu être, antérieurement à la première opération, sensibilisés par une injection de sérum, se sont demandé « si le matériel de suture ou de ligature, le catgut, musculeuse de l'intestin de mouton, jouant le rôle d'antigène, n'est pas comme tel responsable des accidents observés en provoquant, à l'endroit où il est introduit dans un organisme sensibilisé, une réaction d'Arthus ».

Après avoir écarté les objections dont leur hypothèse était passible, à savoir qu'elle se heurtait au caractère spécifique du phénomène d'Arthus et au petit nombre des injections sériques reçues par les opérés comparé au grand nombre de celles qui sont nécessaires à la production expérimentale du phénomène, G. et G. firent sa démonstration expérimentale. Les résultats probants qu'ils obtinrent ont déjà fait l'objet de publications antérieures qui démontrent la différence frappante de la réaction péritonéale déterminée par l'introduction dans la cavité de brins ou de poudre de catgut, suivant que l'animal a été ou non sensibilisé au sérum, soit de cheval, soit de mouton, soit de cheval et mouton simultanément. Chez l'animal neuf, pas de réaction, chez l'animal sensibilisé le catgut est le centre d'une réaction péritonéale œdémateuse, congestive, hémorragique, point de départ d'adhérences viscérales; un brin de catgut sous la peau d'un animal sensibilisé détermine un phénomène d'Arthus avec ses caractères histologiques non inflammatoires vérifiés. L'apposition d'un brin de catgut, le long d'un vaisseau d'un animal sensibilisé, provoque une thrombose étendue.

L'état allergique déterminé par l'injection intraveineuse de poudre de catgut, en suspension dans l'eau physiologique, permet de dire que le catgut d'une première opération peut suffire à sensibiliser l'opéré contre une nouvelle introduction de catgut au cours d'une réintervention et à expliquer la prédisposition des multi-opérés aux accidents post-opératoires.

La septicité du catgut ne peut être mise en avant pour expliquer les réactions allergiques péritonéales, vasculaires, sous-cutanées obtenues par G. et G. qui ont vérifié par culture, avant et après chaque expérience, la stérilité des catguts utilisés. Le catgut septique ne détermine pas les réactions œdémateuses, hémorragiques, plastiques que détermine le catgut stérile chez un sujet préparé, mais l'infection, si elle est ajoutée, aggrave la réaction allergique par suite d'un phénomène d'hyperpexie des tissus enflammés (Dujardin).

La seconde partie du mémoire a trait aux conclusions pratiques. En l'absence actuelle d'un matériel de suture résorbable et non antigénique, G. et G. ont tenté la désensibilisation du terrain allergique de leurs opérés. Voici, résumée, leur méthode :

Dépistage des hyperallergiques : 1° par leur interrogatoire et 2° par une intradermoréaction protéinique faite par injection intra-dermique de 2/10 de centimètre cube de sérum antidiphtérique périmé, dilué de moitié avec du sérum physiologique; les résultats variables permettent de classer les futurs opérés en 3 groupes : *a*) forte réaction à cette première injection; *b*) réaction négative mais qui devient positive à une seconde injection pratiquée trois jours après; *c*) réaction constamment négative.

Chez les sujets ayant eu une réaction positive, soit dès la première injection, soit après la seconde, on pratique la désensibilisation spécifique de la façon suivante :

Injection *sous-cutanée*, faite matin et soir, de 2/10 de centimètre cube de sérum de cheval vieilli et dilué de moitié avec du sérum physiologique. Le lendemain, 3/10 matin et soir. Le surlendemain, 4/10 matin et soir. Le quatrième jour, 5/10 matin et soir.

Opération au cinquième jour sous anesthésie générale au chlorure d'éthyle-éther. C'est au cours de l'opération, alors que l'anesthésie évite le choc anaphylactique (Roux et Besredka), que se fait la cinquième injection, déchaînante, cette fois *intraveineuse* et poussée lentement, de 1 cmc de sérum antidiphtérique dilué de moitié.

Deux jours après l'opération, on fait une nouvelle intradermoréaction :

Si elle est négative, elle est renouvelée tous les deux jours, jusqu'au douzième jour.

Si la réaction est positive, on réinjecte un 1/2 cmc matin et soir, par voie sous-cutanée, jusqu'à ce que l'intradermoréaction devienne négative.

La neutralisation du catgut, réalisée expérimentalement par trempage dans du sérum lapin-anti-mouton, nécessiterait chez l'homme un trempage dans du sérum humain anti-mouton, et n'est pas praticable. G. et G. emploient le catgut stérilisé à la paraffine à 130° pendant une heure, cinq jours de suite.

La technique, qui a réglé l'opération chez 55 opérés d'adhérences post-opératoires, est donnée en détails; et, comme preuve du résultat favorable obtenu, il est signalé qu'ayant eu dans la suite à réintervenir encore chez 4 malades soumis à ce traitement, G. et G. n'ont plus constaté l'existence d'adhérences.

P. Grisel.

JOURNAL DE RADIOLOGIE ET D'ÉLECTROLOGIE *(Paris)*

P. Le Goff. ***La radiothérapie des hémiplégies.*** (*Journal de Radiologie et d'Electrologie*, t. **21**, n° 12, Décembre 1937, p. 537-547). — Après avoir rapidement rappelé ce qu'est l'hémiplégie, les symptômes qui l'accompagnent, l'évolution et le diagnostic, Le G. envisage le problème du traitement qui doit être considéré du point de vue : 1° *des affections causales;* 2° des états du tissu nerveux persistant quand le processus générateur luimême a cessé, c'est-à-dire des *séquelles nerveuses;* 3° *des états périphériques*, et il s'attache exclusivement ici au traitement des séquelles nerveuses, sans tenir compte des affections causales qu'il présuppose éteintes, soit spontanément, soit du fait d'une thérapeutique appropriée.

Arsenal pharmacologique mis à part, la physiothérapie, plus active, a à sa disposition de nombreux modes de traitement : électro-statique, haute fréquence, galvanisation, ionisation..., qui tous, cependant, n'ont qu'une efficacité limitée.

L'action des rayons X sur les séquelles nerveuses n'ayant pas encore donné lieu à une étude systématique, Le G... a entrepris de compléter le travail récent de Chatain (Thèse, Paris 1937), consacré à ce sujet.

Que peut-on, a priori, *attendre de la radiothérapie sur les tissus nerveux des hémiplégiques?* Si nombre d'affections nerveuses sont heureusement influencées par la radiothérapie, le mode d'action de celle-ci prête encore très largement à discussion, et cependant les résultats des irradiations sur les tissus pathologiques sont nettement reconnus, tant sur les processus infectieux, que sur les états vasculaires, vaso-moteurs ou trophiques et sur les phénomènes spasmogènes. On pouvait donc présager de ces diverses actions des résultats favorables des irradiations.

Mais la question pouvait se poser des *inconvénients et dangers des irradiations* craniennes, qui a soulevé de nombreuses recherches et expériences que Le G. n'a pas, ici, la possibilité de détailler. Une pratique de plus de quinze ans de radiothérapie nerveuse, avec de très nombreuses observations dont certaines ont été suivies plus de dix ans, permet à l'auteur de penser que si des quantités importantes de rayons ne sont pas sans danger, « l'on peut être assuré de l'innocuité totale d'irradiations minimes », d'ailleurs étalées sur un temps très long dans sa méthode de traitement des hémiplégies, et les résultats obtenus dans le traitement de plus de 250 malades justifient cette opinion : notamment il n'a pas observé de phénomènes d'hypertension sanguine, et se propose de revenir ultérieurement sur ce point.

Technique : *a*) Irradiations larges, basées sur les propriétés trophiques et modificatrices circulatoires des rayons, pour modifier l'organisation cicatricielle mal située et mal limitée des lésions (hémicrâne entier, centrer sur la région rolandique, rayon normal incliné à 45° sur le plan sagittal vers le mésencéphale ; éventuellement même, champs médullaires); *b*) Irradiations à distance élevée, au moins 40 cm., d'un rayonnement moyennement pénétrant (150 K V, 0,5 mm. Cu; chez l'enfant, 120 K V, 0,3 mm. Cu); *c*) Doses initiales très faibles (5 à 20 r.), progressivement accrues (sans dépasser jamais 100 r par séance); *d*) Séances espacées d'une semaine au moins; *e*) Séries d'irradiations courtes (6 séances en général, 8 au plus, le total de la dose ne dépassant pas 500 r par série); *f*) Espacement progressif des séries; *g*) Traitement aussi précoce que possible; *h*) Pas d'intrication des divers procédés de traitement.

Résultats : Les conclusions de Le G., qui rapporte dans cet article 9 observations de cas difficiles à traiter, sont les suivantes : La radiothérapie est susceptible de libérer des neurones capables de restauration fonctionnelle en modifiant les néo-formations réactionnelles et cicatricielles du tissu nerveux ou des tissus connexes; elle agit sur les états vasculaires et la trophicité nerveuse, et aussi bien sur les syndromes associés que sur le syndrome pyramidal même.

Totalement inoffensive en suivant la technique qu'il indique, elle n'a pas de contre-indications. Les résultats en sont incomparablement meilleurs que ceux d'autres thérapeutiques, et l'emploi de la radiothérapie n'a jamais connu d'insuccès total; elle a donc une portée sociale considérable. Elle ne s'oppose pas aux autres thérapeutiques, mais il faut éviter l'intrication des traitements; elle doit passer après la thérapeutique des affections causales et est plus active que les autres procédés physiothérapiques qui sont cependant des compléments intéressants.

Morel Kahn.

REVUE D'IMMUNOLOGIE *(Paris)*

G. Ramon, E. Lemétayer, R. Richou, R. Maccolini, M. Djourichitch, I. Peragallo et M. Rouchdi. ***Immunisation antitoxique « concentrée » et immunité renforcée sans addition à l'antigène de substances stimulantes*** (*Revue d'Immunologie*, t. 3, n° 6, Novembre 1937, p. 505). — La méthode d'immunisation concentrée consiste dans des injections de doses minimes d'antigène (toxines ou anatoxines) fréquemment répétées au même endroit. Les lapins traités ainsi avec des toxines ne présentent aucun signe d'intoxication,

alors que les mêmes doses injectées à des endroits différents sont toxiques et même mortelles. Mais le caractère le plus intéressant de cette technique est son action sur la vaccination des animaux. L'immunité se manifeste bien plus tôt et elle atteint une valeur bien plus élevée que chez les témoins. Ces faits dépendent des phénomènes très intenses qui se déroulent à l'endroit des injections. En ce point, l'organisme, sous la sollicitation continuelle des injections répétées, mobilise ses différents moyens d'action qui lui permettent d'accroître sa résistance non spécifique à l'intoxication, et de tirer un meilleur parti de l'antigène pour l'acquisition et le développement ultérieur de l'immunité spécifique renforcée.

J. Bretey.

BRUNS' BEITRAGE ZUR KLINISCHEN CHIRURGIE (Berlin)

Wenzl. ***Sur les luxatio de la colonne vertébrale*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **166**, n° 1, Juillet 1937, p. 53-85). — Dans cet article provenant de la clinique de Schloffer (Prague), W. publie 6 observations inédites de luxations de la colonne vertébrale. La lésion siégeait 4 fois sur la colonne cervicale et 2 fois dans la région dorso-lombaire.

I. Homme de 37 ans; tombe d'une fenêtre; le blessé arrive à pied à l'ambulance sans paraître présenter de graves phénomènes nerveux. Quelques mois après, il fait chez lui une chute brusque sans raison apparente, avec paralysie complète et meurt au bout de quelques semaines sans amélioration des troubles nerveux. Il s'agissait d'une luxation complète de l'atlas qui s'est compliquée de compression du bulbe ou qui s'est peut-être complétée secondairement.

II. Homme de 41 ans, qui fait une chute du siège de sa voiture, sur la tête; pas de symptômes nerveux, mais la radiographie montre une dislocation de l'articulation atloïdo-axoïdienne. Tentative de réduction avec une cravate de cuir. Une radiographie pratiquée cinq ans après montre que la réduction ne s'est pas maintenue, mais le blessé a repris son travail.

III. Femme de 46 ans : Chute sur la tête du haut d'un char. Paralysie des quatre membres aussitôt après l'accident. La radiographie montre qu'il s'agit d'une importante dislocation de l'atlas : réduction au moyen de la sangle de Glisson. La paraplégie rétrocède au bout de quarante-huit heures; il ne persiste plus qu'une faiblesse dans le bras droit qui disparaîtra au bout de quatorze jours. On intervient quatre semaines après pour solidariser avec un fil métallique les apophyses épineuses de l'atlas et de l'axis. Revue trois ans après, la malade est en parfaite santé.

IV. Homme de 21 ans : Chute de 3 mètres de hauteur. Le blessé perd connaissance et, quand il revient à lui, il s'aperçoit qu'il ne peut remuer ni les doigts, ni les articulations du cou-de-pied. Il est d'abord traité par extension continue; puis conduit à la clinique devant l'aggravation des symptômes. Il s'agit d'une luxation entre C_5 et C_6. Le blessé peut effectuer quelques mouvements au niveau des épaules, pas de mouvements au niveau des coudes et des mains. Au niveau des membres inférieurs, paralysie complète à gauche, incomplète à droite; paralysie des sphincters. Intervention : Résection de l'arc de la sixième cervicale et grâce à deux broches passées dans l'arc de la quatrième cervicale on peut réduire le déplacement de C_5 sans difficultés. Pose d'un plâtre. Dès le sixième jour, la situation s'améliore et, dix mois après, ce blessé est complètement guéri.

V. Un homme de 23 ans fait une chute de 20 m. sur une pente au cours d'un accident d'auto : Luxation de la 12e vertèbre dorsale, sans troubles graves de la sensibilité et avec parésie motrice. Une tentative de réduction orthopédique ne permet pas une réduction complète, car il y a accrochage au niveau des apophyses articulaires. On intervient au douzième jour par voie sanglante et après libération des apophyses articulaires on peut, grâce à des manœuvres d'extension et de lordose, obtenir une réduction parfaite. Suture des apophyses épineuses de D_{12} et L_1. Retour complet de la mobilité et de la sensibilité au bout de six semaines et ce blessé sort au bout de trois mois, portant par prudence un corset. Revu neuf ans après, il porte encore, de temps à autre, son corset et est en parfait état.

VI. Dans ce dernier cas il s'agit d'un jeune homme de 16 ans qui, au cours d'une chute de gymnastique, se fit une luxation de la colonne vertébrale entre D_{12} et L_1. Il se présente avec des symptômes paraplégiques de section médullaire complète et paralysies vésicale et intestinale. Après tentative de réduction orthopédique, on intervient quarante-huit heures après par voie sanglante; libération des apophyses articulaires, réduction de la luxation et suture des apophyses épineuses. Les phénomènes médullaires s'améliorent progressivement et au bout de trois mois le blessé peut commencer à se lever. Au bout de six ans il ne persiste plus qu'une paralysie bilatérale des péroniers, mais le blessé peut marcher avec un appareil et il ne présente plus aucun trouble viscéral.

J. Sénèque.

DIE MEDIZINISCHE WELT (Berlin)

F. Volhard. ***La guérison de la glomérulonéphrite aiguë diffuse*** (*Die medizinische Welt*, t. **11**, n° 40, 2 Octobre 1937, p. 1377-1382). — D'après V. une néphrite diffuse aiguë parfaitement guérissable peut, si elle n'est pas soignée correctement, entraîner des lésions secondaires cicatricielles et, par suite, une néphrite chronique mortelle, ce qui engage très fortement la responsabilité du médecin.

Au point de vue pathologie fonctionnelle, la néphrite aiguë doit être considérée à la phase initiale, comme l'expression d'un spasme vasculaire général et rénal, entièrement réversible. Le traitement doit donc avoir pour objet, d'abord de lutter contre le spasme vasculaire général qui, en augmentant le travail du cœur, risque de rendre cet organe insuffisant. Le danger du côté du cœur, souvent méconnu, parce que le pouls est régulier, et bien qu'il y ait dyspnée, orthopnée, parfois gonflement des veines du cou et du foie, doit être combattu par une saignée importante, par la suppression des boissons et par l'administration intraveineuse de cardiotoniques (strophantine à la dose de 2/10 de milligr. 2 fois par jour), de dérivés puriques, etc. La suppression des boissons et des aliments peut, suivant les cas, être prolongée de trois à sept jours. Elle doit être précédée d'une évacuation de l'intestin (sulfate de magnésie, huile de ricin). Si cependant la soif est trop pénible, on donnera un peu de jus de fruits crus. Les accès d'éclampsie pseudourémiques provoqués par une hypertension intracranienne angiospasmodique sont généralement prévenus par ces méthodes de traitement et peuvent être traités, s'ils surviennent, par une ponction lombaire importante.

L'urémie vraie exige qu'on stimule au maximum l'irrigation des reins, notamment par l'application, dans la région lombaire, de ventouses, de cataplasmes chauds, de diathermie ou d'ondes courtes, de rayons Roentgen ou encore, par l'anesthésie paravertébrale de D 11 à L 2. En cas de danger, on ne devra pas hésiter devant une décapsulation bilatérale. Néanmoins, le danger est surtout au cœur et au cerveau.

Pour abaisser la pression, ce qui d'ailleurs a pour conséquence d'améliorer la circulation rénale, V. a recours à la méthode qu'il a introduite comme procédé de diagnostic des fonctions rénales, c'est-à-dire au « coup d'eau ». Pour cela, il fait boire à jeun en une demi-heure, 1 litre 1/2 de thé léger, additionné d'un dérivé de la théobromine. La veille au soir, les boissons ont d'ailleurs été permises au malade. On arrive ainsi, soit du premier coup, soit après avoir renouvelé ce « coup d'eau » à plusieurs reprises, à déterminer un abaissement de la pression du sang et des mictions de 400 à 500 cme toutes les demi-heures. Quelquefois, l'abaissement de la pression du sang n'est obtenu que par l'emploi de chlorure de calcium à fortes doses, ou par injections sous-cutanées ou intraveineuses d'adrénaline.

Une dernière méthode de thérapeutique étiologique est constituée par une décortication des amygdales, pratiquée 41 fois sur 98 cas de glomérulonéphrite alors que la pression sanguine s'abaissait et que la guérison s'amorçait. Dans 4 cas cependant où les autres méthodes n'avaient rien donné, c'est elle qui a rapidement fait tomber la pression.

Sur les 98 malades dont le traitement a été inauguré d'une façon précoce, c'est-à-dire dans les 6 semaines qui ont suivi l'infection, la guérison est survenue, sauf dans 2 cas d'interprétation difficile. Dans la même période, il a été observé 6 cas de néphrite subaiguë, dont 5 ont rapidement entraîné la mort. Sur 278 cas de néphrite chronique, il en est 124 qui ne semblaient pas avoir fait antérieurement de néphrite aiguë.

Sur les 154 cas restants qui avaient passé par une phase aiguë de néphrite, il n'en est que 4 qui avaient été traités suivant les principes de V. Chez ces malades, les lésions rénales définitives auraient pu être évitées par une thérapeutique appropriée. Quant à ceux chez lesquels la néphrite a débuté insidieusement, il est possible qu'un examen plus attentif, notamment au point de vue de l'albuminurie après une angine et la mesure de la pression sanguine, aurait pu mettre sur la piste d'une atteinte rénale.

P.-E. Morhardt.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (Vienne)

Rottmann. ***Influence de la malariathérapie sur le processus histopathologique cutané, au cours de l'atrophie musculaire progressive*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. 50, n 27, 9 Juillet 1937, p. 1037-1038). — R. a recherché si, à l'amélioration clinique certaine obtenue si l'on institue assez précocemen la malariathérapie, correspondait une modification des lésions histologiques des téguments. Dans 2 des observations qu'il relate, concernant des malades atteints depuis trois ans environ, on constata, sur les coupes prélevées après le 5e accès de paludisme, une régression évidente des lésions vasculaires et périvasculaires (raffermissement de l'adventice, diminution de l'infiltrat cellulaire, etc...). Dans le 3e cas, où le processus morbide était plus ancien (huit ans) et où la malade ne présentait plus de poussées évolutives, les résultats furent à peu près négatifs tant au point de vue histologique qu'au point de vue clinique.

R. estime que ses constatations confirment l'action spécifique de la malariathérapie sur les processus histologiques chroniques de l'ordre de ceux que l'on observe dans l'atrophie musculaire progressive.

G. Basch.

Franz. ***La femme et les exercices corporels*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. 50, n° 30, 30 Juillet 1937, p. 1117-1122). — Dans cet article, F. envisage successivement l'influence des exercices corporels (sport et culture physique) sur le type constitutionnel de la femme, et sur son appareil génital. Chez la majorité des femmes, le cycle

LAIT CONCENTRÉ NON SUCRÉ



OU LAIT ACIDIFIÉ ?

Combien de pédiâtres ont-ils remarqué que Marriott, promoteur de l'emploi du lait acidifié, s'est presque exclusivement servi du lait concentré non sucré pour la préparation de ses formules ?

Il précise lui-même dans Infant Nutrition (Ed. 1935, p. 185) qu'il considère « le lait concentré non sucré, acidifié *ou non*, comme le genre de lait qui convient le mieux à l'alimentation artificielle de la plupart des bébés ».

« Acidifié ou *non* »... c'est un avis formel sur l'importance qu'il attache à ce que le lait de l'enfant soit d'abord un lait *concentré non sucré.*

De fait, nombreux sont aujourd'hui ceux de ses collègues qui partagent ses convictions et affirment que le lait concentré non sucré, homogénéisé et stérilisé, donne, employé seul, des résultats qui équivalent à ceux du lait acidifié. Au moment où les formules acidifiées retiennent l'intérêt du corps médical, nous nous permettons d'attirer son attention sur un point digne de ses investigations.

GLORIA LAIT CONCENTRÉ

LAIT GLORIA

CONCENTRÉ, NON SUCRÉ, HOMOGÉNÉISÉ, STÉRILISÉ

Échantillons et Littérature sur demande. LAIT GLORIA, 34-36, Boulevard de Courcelles, Paris (17e)

F.38-101

CELLUCRINE

Régénération sanguine par un principe spécifique globulaire

TONIQUE GÉNÉRAL

Dragées de 0 gr. 40 contenant 0 gr. 035 du principe actif

Aucune contre-indication — Tolérance absolue

H. VILLETTE & Cie, Pharm., 5, rue Paul-Barruel, Paris-15e

JUS DE RAISIN

CHALLAND

ALIMENT DE RÉGIME

HYPOCHLORURÉ — HYPOAZOTÉ

ASSIMILABILITÉ PARFAITE

Jus de Raisin CHALLAND. Société anonyme, capital : 2.000.000 fr.
NEGOCIANT A NUITS-SAINT-GEORGES (Côte-d'Or). R. C. Nuits 899



menstruel n'est que favorablement influencé par la pratique du sport, même pendant les règles et la culture physique peut constituer un traitement de certaines dysménorrhées par atonie ; dans quelques cas rares, cependant, une gymnastique même modérée et graduée peut être mal supportée. En ce qui concerne la grossesse, tous les auteurs sont d'accord sur le fait que la gymnastique bien surveillée est une excellente chose, à condition qu'il s'agisse de femmes habituées à en faire. Par contre l'exercice corporel est à proscrire dans les cas de lésions inflammatoires des organes génitaux qui réclament le repos le plus absolu.

G. Basch.

Dreyfus. ***Addisonisme dans la lambliase*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **50**, n° **31**, 6 Août 1937, p. 1153-1155). — D. rapporte une observation d'un cas de lambliase particulièrement sévère, s'étant terminé par la mort du malade ; celui-ci, un homme de 39 ans, présenta pendant deux ou trois ans un état d'asthénie physique et mentale progressives, avec pigmentation de la peau et des muqueuses et troubles intestinaux ; l'examen du malade mit en évidence, outre les symptômes précités, une hypotension à 9/6 et une anémie hyperchrome avec 2.100.000 globules rouges et hypoacidité gastrique ; enfin on constata la présence dans les selles et dans la bile retirée par tubage duodénal d'une énorme quantité de lamblias. D. estime que, dans ce cas, on pouvait éliminer les causes habituelles de la maladie d'Addison, et que le syndrome addisonien et l'anémie devaient être rattachés à la parasitose.

G. Basch.

Neuber. ***Guérison de cas d'actinomycose par le sérum de convalescent*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. 50, n° 32, 13 Août 1937, p. 1176-1178). — N. rappelle qu'il applique depuis huit ans, à ses malades atteints d'actinomycose, l'aurothérapie et la vaccinothérapie spécifiques avec une proportion assez importante de succès. Dans le présent article, il relate 3 cas d'actinomycose grave traités et guéris par le sérum de convalescent ; l'observation la plus typique est la suivante : il s'agit d'un homme de 60 ans présentant sur la face droite du cou une tuméfaction indolore, grande comme une paume de main, d'abord dure comme de la pierre, puis s'amollissant et se fistulisant en plusieurs points pour donner issue à du pus actinomycosique ; la tumeur fut incisée, et le malade reçut à 2 jours d'intervalle des injections de 50 puis 60 cmc de sérum de convalescent ; ces injections furent suivies d'une forte réaction locale, sous forme d'une augmentation de volume, d'un ramollissement de l'infiltrat primitif, et de l'apparition à côté de celui-ci d'un nouveau nodule gros comme une noisette ; quatre jours plus tard, injection intramusculaire de 80 cmc de S. C., avec faible réaction consécutive, enfin quelques jours après, 4e et dernière injection, sans réaction focale. En moins d'un mois, on assista à la disparition complète de la tuméfaction.

G. Basch.

Eisenschimel-Eisen. ***Auscultation articulaire*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **50**, n° **35**, 3 Septembre 1937, p. 1251-1254). — E. passe d'abord en revue les travaux des différents auteurs qui, depuis de nombreuses années, ont préconisé ce mode d'investigation dans les affections des articulations. Puis il communique ses résultats personnels : il utilise un stéthoscope biauriculaire, avec pavillon dépourvu de membrane, et ausculte au voisinage de l'interligne articulaire en mobilisant activement et passivement. Dans 60 pour 100 des cas, on n'entend aucun bruit à l'auscultation des articulations saines ; dans 40 pour 100, on peut percevoir des frottements fins et continus dus peut-être à une diminution du liquide synovial. Dans le rhumatisme déformant, aux modifications du cartilage qui perd son poli puis s'épaissit cependant que ses bords se vascularisent, correspond un craquement discontinu. Dans la polyarthrite chronique d'allure infectieuse dans laquelle capsule et cartilage sont l'objet d'un processus destructif, les craquements perçus ont un timbre assourdi et ne s'entendent pas également dans les diverses zones où l'on ausculte. Dans la spondylose rhizomélique on entend un frottement continu d'une tonalité allant du grave au moyennement clair. Par contre (et comme on pouvait s'y attendre), les résultats de l'auscultation sont négatifs dans la maladie de Bouillaud, la goutte, le rhumatisme blennorragique et l'hydarthrose tuberculeuse ; tout au plus perçoit-on de fins frottements analogues à ceux que l'on entend en auscultant une articulation normale. E. put, grâce à ce procédé, mettre en évidence, chez des patientes souffrant de névralgies cervico-occipitales rebelles, un rhumatisme cervical.

G. Basch.

Wolpe. ***Sur un nouveau traitement de l'urticaire et de l'œdème de Quincke*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **50**, n° **35**, 3 Septembre 1937, p. 1257-1259). — W. a tenté son premier essai sur une femme de 40 ans qui présentait assez fréquemment des migraines et des crises d'urticaire, et qui un jour, à la suite d'une piqûre d'abeille, fit un choc anaphylactique caractérisé, avec réaction urticarienne généralisée, etc... A la suite d'un traitement de désensibilisation prudente par des injections intradermiques de venin d'abeille, cette malade, qui jusque-là avait des accès d'urticaire toutes les six à huit semaines, fut totalement guérie, et depuis 1931 n'a plus présenté d'urticaire. Sur 25 cas traités par la suite, 15 semblent avoir été guéris de façon durable, 6 ont été améliorés (accès espacés et moins intenses), 4 ont été perdus de vue.

En ce qui concerne l'œdème de Quincke, W. rapporte l'observation suivante : il s'agit d'un homme présentant depuis quatre mois des poussées subintrantes d'œdème de Quincke sur tout le corps ; des injections intraveineuses de Ca restèrent sans effet (15). Par contre, dès la première injection de venin d'abeille, les tuméfactions œdémateuses devenaient moins volumineuses et leur apparition était séparée par des intervalles libres de plus en plus prolongés, intervalles de un, puis de trois à quatre jours pendant les trois premières semaines du traitement, de cinq à six jours pendant les quatrième et cinquième semaines ; enfin les crises disparurent complètement après le cinquante-deuxième jour. Par la suite le patient subit 3 séries d'injections de consolidation, et, revu à plusieurs reprises depuis, il n'a plus présenté d'œdème de Quincke. Dans les quatre années qui ont suivi, W. a traité encore 5 autres cas sans aucun échec.

G. Basch.

Wanderer. ***Contribution à l'étude clinique et thérapeutique du rhumatisme blennorragique*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **50**, n° **37**, 17 Septembre 1937, p. 1300-1303). — W. rappelle la classification anatomo-pathologique de König qui distingue 4 formes de rhumatisme gonococcique : la simple exsudation séreuse intra-articulaire, la réaction séro-fibrineuse, la pyarthrose, enfin la forme pseudo-phlegmoneuse avec participation des tissus périarticulaires.

En ce qui concerne les cas observés par lui, il note 41 hommes atteints pour 10 femmes ; l'atteinte était polyarticulaire dans 57 pour 100 des cas, le genou, l'articulation la plus souvent touchée ; exceptionnellement la complication articulaire se manifesta avant la fin de la troisième semaine.

Le diagnostic différentiel est puissamment facilité par la gonoréaction qui a été positive dans tous les cas.

Les moyens thérapeutiques employés sont les moyens usuels : traitement local des articulations malades, traitement chimiothérapique ou vaccinothérapie spécifique ; traitement du foyer initial.

G. Basch.

Kellner. ***Modifications de la formule blanche sanguine chez les nageurs*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **50**, n° **38**, 24 Septembre 1937, p. 1329-1332). — Des examens répétés, pratiqués chez de bons nageurs, bien entraînés, montrent que la formule blanche sanguine subit au cours de l'effort accompli des modifications analogues à celles qui ont été décrites au cours des autres exercices corporels. Ces modifications consistent en une leucocytose essentiellement lymphocytaire et particulièrement accusée après une nage rapide sur un long trajet ; puis, dans le cours de l'heure qui suit l'effort, le nombre des globules blancs diminue et se rapproche de la normale, la lymphocytose initiale régressant le plus rapidement pour faire place à une polynucléose relative.

G. Basch.

Siegl. ***Apparition simultanée de cas de poliomyélite et de méningite aseptiques dans un jardin d'enfants*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **50**, n° **39**, 1er Octobre 1937, p. 1357-1360). — L'épidémie rapportée par S. eut lieu à Vienne en Septembre 1936 ; sur les 7 enfants atteints, 3 seulement présentèrent une poliomyélite typique avec phase de paralysie ; les 4 autres eurent une méningite aseptique dont le mode d'apparition et les symptômes ne différaient en rien de la phase prodromique de la poliomyélite. Cette épidémie limitée, dans laquelle on observa cependant 2 décès chez les enfants atteints de poliomyélite, serait pour S. de nature à confirmer l'hypothèse de Wieland, à savoir que ces formes de méningites aseptiques sont l'apanage des épidémies graves de poliomyélite. A Vienne, il est certain qu'on a observé pendant les dernières années un nombre croissant de méningites aseptiques d'origine indéterminée, en coïncidence avec une augmentation des cas de poliomyélite. S. se défend cependant de vouloir nier l'existence des méningites aseptiques observées en corrélation avec des cas d'encéphalite ou autres, mais insiste sur le fait que l'épidémiologie est susceptible d'éclairer l'origine de certains cas.

En ce qui concerne le traitement il est intéressant de noter que 3 des méningites aseptiques furent traitées par le sérum de convalescent, alors qu'un seul des sujets atteints de paralysie bénéficia, et à la phase de paralysie seulement, de la sérothérapie ; ce dernier malade décéda, alors que son frère jumeau traité précocement au 2e jour par le sérum fit une méningite bénigne.

G. Basch.

ZENTRALBLATT für INNERE MEDIZIN (Leipzig)

H. Kaunitz. ***Bilan des recherches sur « l'inflammation séreuse »*** (*Zentralblatt für innere Medizin*, t. **58**, n° **32**, 7 Août 1937, p. 657-668). — Sous le nom « d'inflammation séreuse » on entend une lésion capillaire entraînant le passage de sérosité albumineuse à travers les capillaires vers les espaces tissulaires. On peut démontrer cette issue du plasma de diverses façons.

Les constatations morphologiques faites lors de l'intoxication aiguë ou chronique par le formiate d'allyle sont des plus nettes. Dans l'intoxication aiguë le foie est l'organe principalement lésé. Il présente toute une gamme d'altérations : élargissement des fentes de Disse situées entre la travée hépatique et le capillaire porte, dissociation de la charpente des travées hépatiques et phénomènes de dégénérescence cellulaire, pénétration de globules

rouges dans les fentes de Disse, dislocation de la structure hépatique et infiltration œdémateuse des espaces périportaux.

Les séquelles de l'inflammation séreuse des parenchymes sont bien mises en lumière par les constatations faites dans l'intoxication chronique, surtout si l'on associe au formiate d'allyle d'autres poisons (thyroxine, histamine, bactéries), auxquels le formiate ouvre la route. On peut obtenir ainsi des lésions d'endocardite et de cirrhose hépatique dont K. décrit les différents stades : formation de lacs d'exsudat, destruction du parenchyme, processus de régénération et de réparation, enfin formation de fibrilles dans le territoire envahi par le plasma extravasé. Ces recherches sur l'inflammation séreuse révèlent avant tout les premiers stades de beaucoup d'affections chroniques restés jusqu'ici dans l'ombre.

Les recherches faites sur la fonction phagocytaire de ces foies montrent sa diminution dont témoignent la faculté amoindrie d'emmagasinement des cellules de Kupffer, l'affaiblissement du pouvoir bactéricide du sérum sous l'influence de l'inflammation séreuse. De plus, ces poisons et ces bactéries qui peuvent faire issue dans les tissus à la suite de la rupture de la barrière capillaire sont capables d'exercer par eux-mêmes une influence décisive sur l'évolution du processus infectieux. On voit donc combien les forces naturelles de défense peuvent être diminuées par l'altération des capillaires et par les modifications de l'appareil réticulo-endothélial qui en découlent.

P.-L. Marie.

H. Kaunitz. ***Bilan des recherches sur « l'inflammation séreuse »*** (*Zentralblatt für innere Medizin*, t. 58, nos 33 et 34, 14 et 21 Août 1937, p. 673-684 et 690-702). — L'étude des échanges au niveau des capillaires normaux et lésés révèle toute une série de faits qui prouvent que la lésion de la membrane capillaire conduit à de profondes perturbations du métabolisme.

K. commence par exposer les processus qui se passent normalement à ce niveau et sont destinés à fournir aux cellules les matériaux nutritifs nécessaires et à enlever les déchets de leur fonctionnement. Il envisage les rapports réciproques entre capillaires sanguins, capillaires lymphatiques qu'il considère comme un système clos, espaces tissulaires et cellules parenchymateuses, précisant le rôle respectif de la pression hydrostatique, de l'osmose et de la diffusion, ainsi que celui des forces électrostatiques s'exerçant entre le sang et les tissus.

Si les capillaires sont lésés du fait de l'inflammation séreuse, le jeu harmonieux de ces multiples forces est profondément troublé. L'inflammation séreuse provoque l'issue de sérosité albumineuse dans les espaces tissulaires, dont témoigne l'enrichissement de la lymphe en protides, la sérine à petites molécules passant avant la globuline à grosses molécules, d'où inversion du rapport sérine/globuline ; la quantité de la lymphe augmente considérablement ; la perte de sérum du sang au profit des tissus se traduit par la diminution de la masse sanguine circulante, d'où chute de la pression hydrostatique dans la portion artérielle des capillaires, l'issue des protides dans les espaces tissulaires et l'abaissement des protides du sang amenant de leur côté la diminution de la pression osmotique qui entrave à son tour la résorption de la sérosité par les vaisseaux. Les modifications de colorabilité des tissus témoignent de la perturbation des forces électrostatiques ; les recherches de Kaunitz et de Schober montrent que les potentiels électrostatiques diminuent fortement lors de l'inflammation séreuse.

Le métabolisme minéral subit des troubles caractéristiques. Les analyses de tissus et l'établissement des bilans montrent qu'il se produit une pénétration d'eau et de NaCl dans les tissus tandis que ceux-ci s'appauvrissent en K et en PO_4, ces substances étant simplement indiquées à titre de représentants des catégories chimiques correspondantes. Cette déperdition de K et de PO_4 influence défavorablement le fonctionnement musculaire et la fixation du glycogène par le foie. La pénétration de NaCl dans les parenchymes provoque leur imbibition exagérée et la tuméfaction trouble des cellules.

L'interposition d'une couche de sérosité riche en albumine entre les capillaires et les cellules parenchymateuses amène des troubles de la diffusion de l'oxygène et les cellules sont menacées d'asphyxie. On trouve dans ces troubles une explication de l'augmentation de la « dette d'oxygène » dans les affections circulatoires. De même, chez les basedowiens, l'augmentation caractéristique du métabolisme basal dépendrait en partie des altérations des capillaires. A un stade plus avancé la barrière hémo-tissulaire est supprimée, la structure cellulaire détruite et la mort de la cellule s'ensuit.

La thérapeutique offre divers remèdes à de tels troubles. Elle doit viser : 1° à raffermir la paroi disloquée des capillaires et à restreindre sa perméabilité (calcium ; sels de fer) ainsi qu'à exercer une action antiphlogistique (dérivés du pyrazolone, acide salicylique, quinine, atophan) ; 2° à provoquer la reprise du plasma épanché dans les tissus par la circulation (dérivation sur l'intestin par le calomel, saignée, diurétiques) ; 3° à améliorer les troubles du métabolisme produits par l'altération des capillaires grâce à une diététique appropriée (régime végétarien, riche en K et en PO_4, restriction de l'eau et du NaCl).

P.-L. Marie.

W. Thomsen. ***La mise en évidence du raccourcissement du nerf sciatique et des muscles ischio-cruraux*** (*Zentralblatt für innere Medizin*, t. 58, n° 38, 18 Septembre 1937, p. 769-776). — On s'est rendu compte depuis quelque temps que le signe de Lasègue est loin d'être pathognomonique de la sciatique et qu'il peut être dû à l'hyperextension des muscles ischio-cruraux malades. Plusieurs manœuvres ont été indiquées pour différencier la maladie du nerf de celle des muscles. Le signe de Bragard permettrait d'y parvenir : le genou étant étendu, on fléchit la hanche jusqu'à ce que se produise une légère douleur due à l'extension ; puis on imprime au pied un mouvement de flexion dorsale ; si la douleur augmente, c'est que le nerf est malade.

T. décrit diverses manœuvres qui mettent en évidence le raccourcissement des muscles ischio-cruraux ainsi que celui du nerf sciatique, si longtemps méconnus. La principale, pour déceler ce dernier raccourcissement, consiste à fléchir la hanche à 90°, puis à fléchir le genou à 150° et à imprimer au pied un mouvement de flexion dorsale. Quand le sciatique est raccourci, on voit celui-ci faire une forte saillie dans le creux poplité. On peut ainsi également explorer directement le nerf malade.

P.-L. Marie.

THE AMERICAN JOURNAL of the MEDICAL SCIENCES (Philadelphie)

L. H. Sigler, I. Stein et P. L. Nash. ***Modifications électrocardiographiques survenant lors de la mort*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. 194, n° 3, Septembre 1937, p. 356-369). — Ces recherches électrocardiographiques ont été faites sur 20 sujets avant, pendant et après la mort clinique. Les modifications notées furent : tachycardie sinusale, suivie de bradycardie sinusale et d'arrêt sino-auriculaire; production de foyers ectopiques d'irritabilité donnant lieu à un rythme nodal, à des contractions ventriculaires prématurées à foyer unique ou multiple et à de la tachycardie paroxystique ventriculaire; blocage auriculo-ventriculaire de degrés divers; fibrillation ventriculaire; changements marqués dans les complexes ventriculaires initiaux et terminaux; troubles de la conduction ventriculaire d'intensité variée allant jusqu'au bloc d'arborisation. Dans bien des cas les manifestations électrocardiographiques furent enregistrées jusqu'à une heure après la mort clinique du cœur.

Les facteurs responsables de ces modifications semblent être des perturbations dans le contrôle vago-sympathique du cœur, l'anoxémie, la toxémie et des troubles nutritifs et ioniques siégeant dans le cœur. La maladie anatomique du cœur elle-même n'est pas responsable de ces ultimes manifestations, comme le prouve le fait que ces modifications surviennent avec des cœurs normaux aussi bien qu'avec des cœurs malades. Le ralentissement et l'arrêt du sinus, comme les divers degrés de bloc auriculo-ventriculaire, semblent être d'origine surtout vagale. Les troubles intraventriculaires dépendent d'autres facteurs; ils traduisent des modifications dans la distribution des ondes d'excitation et dans l'ordre d'excitation et de rétraction aussi bien qu'un blocage transitoire et un état réfractaire partiel localisé ou généralisé.

P.-L. Marie.

W. M. Yater. ***Conservation de l'intégrité fonctionnelle des grosses artères oblitérées démontrée par l'artériographie au thorotrast*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. 194, n° 3, Septembre 1937, p. 372-376). — L'artériographie nous fournit beaucoup de renseignements sur le mécanisme de la circulation dans les affections vasculaires. Dans le premier cas relaté par Y. où il s'est agi vraisemblablement d'une thrombose soudaine à la suite d'une fracture de jambe, l'artériogramme montra une occlusion complète de la portion inférieure de la fémorale et le rétablissement de la circulation grâce à des collatérales provenant de la partie sus-jacente de l'artère principale et rejoignant des collatérales émanant du segment artériel sous-jacent à l'oblitération. La restauration de la circulation demanda un mois. Dans le second cas le processus oblitérant se déroula lentement, par suite de la diminution graduelle de calibre de la fémorale sclérosée. Sur l'artériogramme on voyait toute la moitié supérieure du vaisseau oblitérée. Là encore on constata le rétablissement de la circulation par le même détour que dans le cas précédent. Le même processus fut observé chez un troisième malade également artério-scléreux, ayant présenté une occlusion lente du tiers inférieur de la fémorale.

Ce rétablissement de la circulation par des anastomoses directes permet de faire un meilleur pronostic que dans les cas où les artères principales sont complètement oblitérées et où la circulation dépend entièrement des petits vaisseaux. Dans le premier cas et dans le troisième il n'y eut pas de gangrène et dans le second les troubles trophiques furent minimes et guérirent rapidement.

P.-L. Marie.

ARCHIVES of INTERNAL MEDICINE (Chicago)

G. M. Curtis et I. D. Puppel. ***Augmentation de l'excrétion urinaire de l'iode dans l'hyperthyroïdie*** (*Archives of internal Medicine*, t. 60, n° 3, Septembre 1937, p. 494-508). — C. et P. ont constaté une augmentation de l'excrétion de l'iode par les urines dans certains cas d'hyperthyroïdie. La moyenne d'iode éliminé chez 40 malades durant 298 jours s'est élevée à 184 microgrammes par jour alors que chez des sujets normaux de la même région elle n'atteignait que 51 microgrammes. Elle

se montra plus forte dans le goitre toxique nodulaire que dans le goitre exophtalmique. La variabilité de l'excrétion quotidienne de l'iode chez les hyperthyroïdiens est bien plus accentuée que chez les sujets normaux ; elle est comparable à celle de tous les autres symptômes et constatations de laboratoire, et particulière à ces malades.

On peut observer une excrétion d'iode dans d'autres affections que l'hyperthyroïdie (leucémies, hypertension, etc.), mais ces états sont faciles à différencier cliniquement de l'hyperthyroïdie.

La détermination de l'iode sanguin et urinaire est actuellement un des meilleurs critères pour distinguer l'hyperthyroïdie de certains cas d'asthénie neuro-circulatoire cliniquement très voisins.

L'excrétion exagérée d'iode dans l'hyperthyroïdie indique une déperdition accrue de l'iode de l'organisme ; mais une excrétion normale d'iode dans cette affection ne signifie pas nécessairement qu'il n'y a pas une augmentation pathologique de l'élimination de l'iode de l'organisme, d'autres voies d'excrétion existant ou une insuffisance rénale pouvant empêcher l'excrétion de l'iode, ou encore les réserves d'iode utilisable pouvant être épuisées. De la possibilité de cette dernière éventualité témoignent la diminution de la teneur en iode de la thyroïde, le bilan négatif de l'iode même avec un apport d'iode suffisant et la rétention d'iode qui se produit immédiatement après l'administration de ce métalloïde. Il est possible que l'hyperplasie thyroïdienne du basedowisme soit secondaire à la déperdition exagérée d'iode de l'organisme et soit un processus compensateur pour répondre à la demande continuelle d'iode qui se produit après épuisement des réserves.

P.-L. Marie.

W. Cardozo. ***Recherches immunologiques sur l'anémie à hématies falciformes*** (*Archives of internal Medicine*, t. **60**, n° 4, Octobre 1937, p. 623-654). — C. a recherché la présence d'hématies falciformes chez 1.570 sujets, enfants et adultes, dont 1.263 noirs et 307 blancs. Parmi les premiers, l'anomalie fut trouvée chez 9,4 pour 100, tandis qu'elle n'existait que chez 0,32 pour 100 des blancs.

C. a déterminé le groupe sanguin de ces sujets et a comparé les résultats avec ceux donnés par des examens faits chez des catégories semblables de noirs et de blancs. D'une façon générale on ne constate pas que l'anomalie a tendance à régner spécialement dans un des groupes sanguins.

La répartition des agglutinogènes M et N fut recherchée au moyen de sérum de lapins immunisés chez 306 blancs, 209 noirs normaux et 63 sujets à hématies falciformes. Cette répartition se montra sensiblement la même quelle que soit la catégorie considérée.

C. a essayé, sans succès, de déceler, chez les sujets présentant des hématies falciformes, un agglutinogène spécifique au moyen de sérums préparés.

Huck a signalé des isohémo-agglutinogènes anormaux chez des sujets atteints de cette anomalie sanguine; C. n'en a pas trouvé chez ses patients en mettant les hématies et le sérum de sujets présentant cette déformation en présence d'hématies et de sérums d'individus normaux appartenant aux deux races.

C. confirme les recherches de Huck et Hahn qui ont montré que le sérum n'est pas nécessaire pour produire la déformation des hématies. Il établit ensuite que le facteur réalisant la déformation demeure dans l'hématie aussi longtemps que celle-ci reste intacte.

Une analyse individuelle de 120 cas montre bien l'hérédité du phénomène dont la transmission obéit à la loi de Mendel. La syphilis ne joue aucun rôle dans la production de ce phénomène.

P.-L. Marie.

ENDOCRINOLOGY
(Los Angeles)

J. B. Hamilton et **G. Hubert.** ***Diagnostic différentiel entre cryptorchidie vraie et pseudo-cryptorchidie*** (*Endocrinology*, t. **21**, n° 5, Septembre 1937, p. 644-649). — L'application d'une bouillotte en caoutchouc remplie d'eau chaude et enveloppée d'une flanelle, maintenue pendant une demi-heure sur la région inguino-scrotale, évite, avec quelques précautions destinées à rassurer l'enfant, de prendre pour une cryptorchidie une rétention intermittente du testicule à l'anneau.

Ce procédé a révélé de nombreuses erreurs de diagnostic : sur 16 cas adressés à H. et H. pour cryptorchidie par des pédiatres, 6 ne présentaient en réalité qu'une rétraction spasmodique du testicule. On peut donc se demander si bien des cas de « descente spontanée » dans la cryptorchidie soi-disant authentique n'étaient pas simplement des cas de rétraction spasmodique, et si les discordances dans les résultats obtenus par divers auteurs dans le traitement de la cryptorchidie par les préparations endocriniennes ne relèvent pas en partie d'une telle confusion.

P.-L. Marie.

J. B. Hamilton. ***Traitement de l'insuffisance de développement génital par l'acétate et le propionate de testostérone*** (*Endocrinology*, t. **21**, n° 5, Septembre 1937, p. 649-655). — Chez un homme de 27 ans, ayant tous les attributs d'un sujet « physiologiquement castré » de naissance, hypoplasie extrême des organes génitaux, gynécomastie, larynx peu développé, timbre aigu de la voix, absence de poils, membres de longueur disproportionnée, etc., mais autrement normal, H. a injecté de l'acétate et du propionate de testostérol à fortes doses. Au bout de six jours le patient eut des érections répétées; au bout de 20, le scrotum se développa et se pigmenta ; on put y percevoir le testicule; le pénis augmenta de taille; la thyroïde devint palpable; la voix devint un peu plus grave; la prostate put être perçue, quelques poils se montrèrent ; les bouffées de chaleur disparurent complètement ; le caractère fut plus énergique; les migraines s'espacèrent. Une suspension du traitement fut suivie du retour des migraines, des bouffées de chaleur et de la lassitude; les érections se raréfièrent ; de l'acné se montra. La reprise des injections modifia de nouveau les symptômes dans un sens favorable.

Ce cas est intéressant, car il a permis : 1° de mettre en lumière les effets du traitement par l'hormone mâle de synthèse chez l'homme dans des conditions de développement génital insuffisant poussées à l'extrême; 2° de différencier les résultats produits par cette hormone de ceux constatés avec les substances gonadotropes extraites de l'urine de gestation, le patient ayant reçu antérieurement sans réaction notable 30 injections d'antuitrine S; 3° de distinguer les effets de l'hormone injectée de ceux dus à l'influence de la suggestion, les effets dus à l'hormone ayant cessé de se produire lorsque le patient reçut des injections d'huile simple à son insu.

P.-L. Marie.

N. H. Einhorn et **L. G. Rowntree.** ***Effets biologiques de la thymectomie*** (*Endocrinology*, t. **21**, n° 5, Septembre 1937, p. 659-670). — La thymectomie pratiquée dans des générations successives de couples de rats détermina un retard dans la croissance et le développement de la descendance. Ce retard s'amplifie au fur et à mesure que les générations se succèdent (jusqu'à la sixième).

Par contre, la thymectomie effectuée dans des générations successives, soit chez les mâles seulement, soit chez les femelles seulement des couples appariés, ne cause pas de modifications dans le développement et la croissance de la descendance. Les deux, père et mère, doivent avoir subi l'ablation du thymus pour que ces modifications se produisent. Ces résultats semblent indiquer que les thymus des père et mère interviennent dans la croissance et le développement de la descendance.

P.-L. Marie.

THE JOURNAL of EXPERIMENTAL MEDICINE
(Baltimore)

C. W. Jungeblut. ***Nouvelles observations sur le traitement de la poliomyélite expérimentale par la vitamine C*** (*The Journal of experimental Medicine*, t. **66**, n° 4, Octobre 1937, p. 459-479). — Les recherches de J. montrent que l'administration parentérale de vitamine naturelle C durant la période d'incubation de la poliomyélite chez le singe diminue notablement la gravité de la maladie.

Sur 181 singes traités par la vitamine naturelle C, 58 (32 p. 100) survécurent sans présenter de paralysie et sur 101 singes traités par la vitamine synthétique C, 11 survécurent sans paralysie, tandis qu'il n'y eut que 5,1 pour 100 de survivants parmi les témoins non traités. Les injections quotidiennes de vitamine C comportaient une dose de 5 à 100 milligr. pendant 15 jours.

P.-L. Marie.

C. W. Jungeblut et **R. Feiner.** ***Teneur des tissus du singe en vitamine C dans la poliomyélite expérimentale*** (*The Journal of experimental Medicine*, t. **66**, n° 4, Octobre 1937, p. 479-493). — Les taux d'acide ascorbique réduit existant dans les tissus des *Macacus rhesus* normaux concordent avec ceux d'autres espèces animales incapables de synthétiser la vitamine C. Ces taux peuvent s'accroître notablement en administrant de l'acide ascorbique d'une façon prolongée par voie parentérale.

Les taux de vitamine C présente dans le tissu nerveux et dans les surrénales des singes paralysés à la suite de la poliomyélite expérimentale sont légèrement inférieurs au taux normal quand l'analyse est faite à l'apogée de la paralysie ou au début de la convalescence. Avec les progrès de la convalescence les chiffres tendent à revenir à la normale ou à la dépasser.

Les dosages de vitamine C dans les tissus des singes qui ont reçu des injections d'acide ascorbique durant la période d'incubation de la poliomyélite donnent des résultats différents selon que ces animaux font de la paralysie ou survivent sans présenter de symptômes paralytiques. Chez les premiers, les taux de vitamine C sont pratiquement identiques à ceux trouvés chez les singes non inoculés préparés avec la vitamine C. Mais chez les singes qui survivent sans présenter de paralysie on constate des taux nettement plus élevés dans les premiers stades de leur survie. Avec la prolongation de cette dernière, les chiffres obtenus tendent à redevenir normaux.

Ces faits font penser que le succès ou l'échec du traitement de la poliomyélite expérimentale par la vitamine C est étroitement lié au degré d'utilisation de l'acide ascorbique par l'organisme, les taux nettement supérieurs à la normale dans le système nerveux et dans les surrénales ne s'observant que chez les animaux qui résistent à la maladie.

P.-L. Marie.

F. Robscheit-Robbins et **G. H. Whipple.** ***Utilisation de la globine par le chien anémique pour former de nouvelle hémoglobine*** (*The Journal of experimental Medicine*, t. **66**, n° 5, Novembre 1937, p. 565-579). — La globine, à l'inverse de l'hémoglobine, a été peu étudiée, bien qu'elle constitue 95 p. 100 de la molécule d'hé-

moglobine. On sait qu'elle a des propriétés antigéniques ; sa structure chimique a été précisée ; mais on ne sait presque rien de sa production dans l'organisme ni de ce qu'elle devient quand elle a été désintégrée au cours du métabolisme.

Le chien rendu anémique par spoliation sanguine dans des conditions-types peut utiliser l'hémoglobine de chien, de mouton ou d'oie quand on la lui apporte par voie veineuse ; on constate qu'il récupère le taux équivalent d'hémoglobine sous forme de nouvelle hémoglobine de chien.

La globine peut parfois être utilisée, administrée par voie veineuse, pour rétablir quantitativement le taux d'hémoglobine sous forme de nouvelle hémoglobine dans les globules rouges de ces chiens anémiques. Parfois aussi l'apport de globine par voie veineuse inhibe la formation d'hémoglobine escomptée. Il semble que ce soient les propriétés toxiques de la globine qui en soient alors la cause. De la globine digérée par la trypsine peut être utilisée par le chien anémique pour former de nouvelle hémoglobine, qu'il s'agisse de globine de chien ou de cheval.

Le radical globine de l'hémoglobine semble être un facteur important limitant la production abondante d'hémoglobine dans ce type d'anémie par spoliation sanguine.

Donnée par la bou he, la globine est bien utilisée pour fabriquer de nouvelle hémoglobine. R. et W. ont constaté, en donnant 100 gr. de globine, la production de 30 à 40 gr. d'hémoglobine nouvelle, alors que 100 gr. de protéine hépatique dans les mêmes conditions ne donnent lieu qu'à la formation de 13 gr. d'hémoglobine nouvelle.

P.-L. Marie.

P. György, H. Goldblatt, F. Miller et **R. Fulton.** ***Panmyélophtisie accompagnée de manifestations hémorragiques due à des causes alimentaires chez le rat*** (*The Journal of experimental Medicine*, t. **66**, n° 5, Novembre 1937, p. 579-603). — Des manifestations typiques de panmyélophtisie furent observées chez 72 rats, la maladie débutant sous la forme d'une agranulocytose, d'une thrombocytopénie ou d'une anémie simple, et aboutissant progressivement, parfois rapidement, à une aleucie hémorragique typique avec épistaxis, melæna, hématurie et purpura. Hématologiquement, on trouve de la leucopénie, de l'anémie avec granulopénie intense. Les myélogrammes et les constatations histologiques témoignent de la panmyélophtisie. A l'autopsie, on est frappé de la fréquence des hémorragies surrénales.

Cette diathèse hémorragique relève des conditions alimentaires ; elle a été observée chez des rats soumis à un régime carencé en vitamine B_6, contenant du sucre de canne à la place de riz et pourvu en supplément de vitamine B_1 et de lactoflavine, régime qui détermine de l'acrodynie. Toutefois le manque de vitamine B_6 n'est pas une condition nécessaire, puisque la maladie sanguine se manifesta chez la majorité des rats après que la maladie spécifique par carence (acrodynie) eut été traitée avec succès par des préparations purifiées de vitamine B_6.

La panmyélophtisie put être prévenue en ajoutant au régime de base de l'éluat de Peters obtenu par épuisement de charbon animal ayant adsorbé un extrait aqueux de levure de bière additionné d'alcool acide. Cette préparation est capable de guérir la diathèse sanguine quand on la donne assez tôt. Aussi les auteurs croient-ils que l'éluat de Peters contient un facteur spécifique de maturation pour le tissu hématopoïétique primitif, le tissu réticulo-endothélial, facteur différent de la lactoflavine et de la vitamine B_6.

Les recherches bactériologiques ont permis de rejeter l'origine infectieuse de la panmyélophtisie de ces rats.

G., G., M. et F. discutent les relations possibles de cette nouvelle maladie du rat avec l'aleucie hémorragique de l'homme et avec le syndrome de Waterhouse-Friderichsen caractérisé par un début brutal, de la prostration, de l'hyperthermie, du purpura et des hémorragies surrénales et rencontré surtout chez des nourrissons.

L'administration de pyramidon chez les rats soumis au même régime que celui des rats chez lesquels la maladie sanguine se développe spontanément ne réussit pas à provoquer cette dernière.

P.-L. Marie.

MEDICINA INFANTILE
(Rome)

N. Amagliani (Messine). ***Au sujet du traitement des pleurésies purulentes de l'enfance. Traitement médical ou chirurgical?*** (*Medicina infantile*, t. **8**, n° 10, Octobre 1937, p. 309-319). — Ce travail résulte de la collaboration de la clinique chirurgicale et de la clinique pédiatrique de Messine. 94 cas de pleurésie purulente de l'enfance ont été suivis et répartis en deux séries à peu près égales. 46 cas, en effet, ont été traités par la méthode médicale et 48 cas par la méthode chirurgicale. Les résultats obtenus sont publiés dans des tableaux qui permettent d'apprécier les pourcentages de mortalité suivant l'âge, suivant la nature de la maladie causale, suivant la thérapeutique employée.

La méthode médicale a donné une mortalité globale de 22,7 pour 100; la méthode chirurgicale, une mortalité globale de 16,2 pour 100. Mais en réalité, cette étude montre qu'il est nécessaire, pour chaque cas, d'étudier les indications médicales ou chirurgicales, indications qui varient suivant l'âge des sujets, suivant leur état général, suivant la courbe de température, suivant la nature des germes de l'exsudat.

Les pleurésies purulentes à diplocoques, au cours des deux premières années de la vie, sont notamment justiciables d'un traitement médical qui ne doit être abandonné que si l'on ne constate aucune amélioration sensible après 5 ou 6 ponctions. Chez les enfants plus âgés, le traitement chirurgical donne, en général, de meilleurs résultats que le traitement médical. G. Schreiber.

NEDERLANDSCH TIJDSCHRIFT VOOR GENEESKUNDE
(Amsterdam)

C. W. Prins. ***Actinomycose rénale primitive*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. **3**, n° 31, 31 Juillet 1937, p. 3652-3658). — P. rappelle que le premier cas d'actinomycose rénale primitive a été observé par Israel en 1901, et il relève à ce propos 19 cas d'actinomycose rénale qui ont été publiés depuis lors, dont 9 seulement sont sûrs et 1 douteux. Il remarque à ce propos, que l'expression d'actinomycose primitive des reins est cliniquement justifiée, bien que théoriquement elle soit inexacte, comme celle de tuberculose primitive des reins.

L'observation qu'il publie lui-même concerne une fillette de 3 ans et 3 mois qui souffre dans le ventre, qui est très pâle et dont le sang présente les caractères suivants: hémoglobine, 32 pour 100; érythrocytes, 3.900.000; leucocytes, 9.700 dont 30 pour 100 de lymphocytes. On n'arrive pas à modifier cet état de choses et bientôt il apparaît des températures subfébriles en même temps que les douleurs dans le ventre s'accentuent. On finit par sentir une tumeur dans le flanc droit et un pyélogramme permet de faire un diagnostic de tumeur du rein. Une néphrectomie est pratiquée à la suite de laquelle l'enfant se rétablit.

A l'examen microscopique, on trouve dans toutes les coupes un tissu de granulation, ainsi que des grains d'actinomycose.

Dans cette affection les symptômes sont peu caractéristiques. Dans les 9 cas certains, l'anémie a été constatée 4 fois, des élévations de température 4 fois, les douleurs et une tumeur dans presque tous les cas; dans l'urine on a trouvé assez souvent du pus et du sang. Dans 3 de ces 9 cas, il fut découvert un calcul rénal. Les pyélogrammes font faire le diagnostic de tuberculose ou de tumeur.

P.-E. Morhardt.

LISBOA MÉDICA
(Lisbonne)

H. Wohlwill. ***Contribution anatomo-pathologique à l'étude de l'infection générale dans la maladie de Nicolas-Favre*** (*Lisboa Medica*, an. **14**, n° 10, Octobre 1937, p. 631). — W. nous expose que, à l'autopsie d'une femme âgée de 29 ans, il a rencontré une rectite sténosante accompagnée, dans la rate, de foyers, dont il ne connaît, jusqu'aujourd'hui, aucune description. Ces foyers se composent de petits abcès centraux, ayant à la périphérie une coupe de tissu d'aspect tuberculeux, présentant un grand nombre de cellules géantes, extrêmement polymorphes.

Comme cette maladie rectale est considérée presque toujours comme une complication de la maladie de Nicolas-Favre et que l'histologie des foyers de la rate est très semblable à celle des ganglions lymphatiques de cette maladie, W. émet l'opinion que ces foyers peuvent être conditionnés par la propagation du virus de la maladie de Nicolas-Favre, par la voie hématogénique.

W. a examiné depuis deux autres cas de rétrécissement ulcéré du rectum, dans lesquels il n'a pas rencontré de particularités macroscopiques dans les autres organes.

W. se propose de vérifier par de nouvelles recherches s'il existe ou non des relations de cause entre ces foyers de la rate et la maladie de Nicolas-Favre.

Lopo de Carvalho (neveu).

Carlos Vidal. ***Vitrification du parenchyme pulmonaire*** (*Lisboa Medica*, an. **14**, n° 10, Octobre 1937, p. 671). — V. nous apporte une nouvelle technique pour l'étude des rapports des vaisseaux pulmonaires. Il a essayé d'obtenir la transparence du poumon en appliquant la technique que Spalteholz avait employée pour la vitrification du cœur, mais comme cette méthode ne lui a pas réussi, V. a usé du procédé suivant : Ouvrant la cage thoracique des animaux sur lesquels il fait ses expériences (chiens, lapins, cobayes), V. coupe la pointe du cœur et introduit une canule par l'artère pulmonaire, faisant passer dans celle-ci un courant d'eau additionnée de quelques gouttes d'acide acétique. Il emploie ce même procédé de lavage pour la trachée et pour les veines. Le lavage du poumon doit être prolongé tant que l'eau apporte des traces de sang et que le tissu pulmonaire ne devient pas tout à fait blanc. On pratique alors des perfusions identiques avec la série croissante des alcools d'une manière analogue à celle qui est en usage en histologie, pour obtenir la déshydratation complète de la pièce anatomique. Ensuite, une injection de benzol pur et rectifié par la trachée et l'artère pulmonaire, suivant le procédé qui a été décrit pour le lavage à l'eau, permet d'obtenir immédiatement la transparence du poumon. Une fois cette transparence obtenue, on peut rendre visible le système trachéo-bronchique, artériel ou veineux, par la simple injection de masses colorantes, suivant la technique décrite à la *Folia Anatomica Universitatis Conimbrigensis* (vol. VIII, n° 16, 1933).

L'article se termine par l'exposé de la technique employée par V. dans ses expériences.

Lopo de Carvalho (neveu).

ACTA MEDICA SCANDINAVICA (Stockholm)

L. Meyler et **M. Hommes** (Groningue). ***Le syndrome cortico-surrénal*** (*Acta medica Scandinavica*, t. **93**, n° 3, 30 Octobre 1937, p. 253-265). — M. et H. relatent deux cas d'hirsutisme survenu chez des jeunes filles qui présentaient toutes les caractéristiques cliniques du syndrome génito-surrénal : obésité spécialement localisée à la face, au cou et à la partie supérieure de l'abdomen ; hypertrichose avec distribution masculine des poils ; aménorrhée ; vergetures ; hyperplasie des glandes sébacées avec acné ; hypertrophie des organes génitaux externes ; virilisme.

Le traitement consista en injections d'hormone ovarienne. A la suite de cette thérapeutique on observa dans les deux cas un retour à la normale. Une exploration chirurgicale des surrénales dans le premier cas n'avait pas montré de tumeur.

Ce syndrome d'hirsutisme (Apert) témoigne d'un hyperfonctionnement du cortex surrénal qui peut relever de plusieurs causes : On l'a rencontré en particulier dans des tumeurs du thymus, dans l'adénome éosinophile de l'hypophyse associé à l'acromégalie, dans l'adénome basophile de l'hypophyse (syndrome de Cushing). A propos de ce dernier, M. et H. demandent que l'on réserve cette dénomination aux formes d'hirsutisme relevant d'un hyperfonctionnement surrénal provoqué par l'hypophyse.

P.-L. Marie.

E. Dicker (Bruxelles). ***Recherches sur la pathogénie de l'hypertension. Une lésion rénale peut déterminer une élévation de la pression sanguine*** (*Acta medica Scandinavica*, t. **93**, n° 3, 30 Octobre 1937, p. 265-285). — La notion suivant laquelle une lésion rénale peut à elle seule être la cause d'une élévation de la pression sanguine a été longtemps controversée.

Les expériences de D. faites sur le chien selon des techniques très variées permettent d'affirmer qu'une entrave à la circulation rénale fait apparaître une augmentation de la pression sanguine. Le rein est indispensable à l'apparition de l'hypertension, l'ablation totale du parenchyme rénal (néphrectomie bilatérale) conduisant toujours à une chute de la pression. Pour que l'hypertension se réalise, il faut qu'une certaine quantité de parenchyme rénal reste *in situ*, même s'il n'est pas irrigué.

Toute intervention qui a pour but, soit de réduire la surface de filtration du rein (ligatures de branches artérielles, injections sclérosantes), soit d'entraver la circulation (pinces sur les artères) tend à faire apparaître de l'hypertension.

A première vue l'explication de ce phénomène paraît simple : le rein lésé retiendrait des substances à action hypertensive. Cette hypothèse, qui ne peut s'appliquer qu'aux cas, relativement peu nombreux où l'hypertension a évolué parallèlement à une diminution de la fonction rénale, ne rend pas compte de ce qui se passe dans les nombreuses expériences où l'élévation de la pression artérielle s'est produite sans rétention azotée.

La conception d'un stimulus nerveux à point de départ rénal ne peut pas non plus être prise en considération, l'énervation du rein s'étant montrée inefficace sur l'hypertension expérimentale. Il faut rappeler que si cette hypertension peut être obtenue et maintenue malgré l'intégrité anatomique et fonctionnelle du système nerveux dépresseur, la destruction de ce dernier ne paraît rien ajouter à l'élévation de la pression obtenue par agression rénale.

P.-L. Marie.

V. Mortensen. ***Importance des électrocardiogrammes en dérivation précordiale dans la myocardite aiguë*** (*Acta medica Scandinavica*, t. **93**, n° 3, 30 Octobre 1937, p. 350-359). — Les auteurs américains ont déjà souligné l'intérêt des électrocardiogrammes pris en dérivation thoracique (D IV) antéro-postérieure pour dépister certaines modifications qui échappent autrement. M. relate ici 2 cas de myocardite aiguë survenue au cours d'une mélitococcie et d'une grippe, dans lesquels les anomalies de l'électrocardiogramme furent bien plus prononcées en dérivation IV que dans les dérivations habituelles et permirent d'apprécier plus exactement la marche de l'affection.

Dans le premier cas les modifications en D IV survenues dans la dernière partie de la brucellose (onde T diphasique avec prédominance de la phase positive) se montrèrent beaucoup plus nettes que dans les dérivations habituelles et persistèrent bien plus longtemps. Elles constituèrent le seul signe objectif de lésion cardiaque. Dans le second cas où une grippe aggrava notablement des symptômes cardiaques jusque-là légers, les modifications de T observées en série permirent d'incriminer une myocardite qui aurait passé facilement inaperçue sur les tracés pris dans les dérivations habituelles.

P.-L. Marie.

K. Bröchner-Mortensen. ***L'acide urique dans le sang et dans l'urine*** (*Acta medica Scandinavica*, suppl. **84**, 1937, p. 269) — B. examine et discute les méthodes de titrage de l'acide urique du sang et de l'urine proposées par Folin, par Benedict et par Flatow. Il montre leurs imperfections et indique une nouvelle technique qui y remédie.

Elle comporte, pour le sérum, la précipitation des protéines par l'acide sulfurique et le tungstate de sodium pur, suivie de l'addition d'un excès de ferricyanure de potassium et d'une solution-tampon qui assure un *pH* de 11. La quantité de ferricyanure de potassium non réduit est déterminée par titrage iodométrique. La réduction est due exclusivement à l'acide urique. L'erreur moyenne de la méthode est de 2 pour 100.

Pour l'urine, la technique nouvelle proposée par B. comprend un isolement préliminaire de l'acide urique par précipitation au moyen du réactif de Salkowsky, suivie d'un lavage au sulfate d'ammoniaque et de dissolution dans l'acide chlorhydrique-chlorure de sodium ; après quoi la marche de l'analyse devient semblable à celle de l'acide urique du sérum. La substance isolée se comporte comme l'acide urique, ne réduit pas le ferricyanure de potassium à *pH* 3, mais réduit une quantité maximum et constante à *pH* 11. On ne constate pas de réduction avec toute une série de substances réductrices connues.

B. a cherché à préciser la teneur normale du sérum en acide urique. Chez les hommes elle est de 7 milligr. 6, chez les femmes de 6 milligr. 4 pour 100. Avec un régime dépourvu de purines ce taux s'abaisse de 0 milligr. 8 pour 100 dans les deux sexes. Avec ce régime les variations sont très faibles ; elles sont plus marquées avec un régime contenant des purines. Avec une alimentation très riche en purines on constate une augmentation importante (jusqu'à 10 milligr. 1 pour 100) de l'acide urique du sérum.

B. étudie ensuite le mécanisme de l'excrétion de l'acide urique et les variations physiologiques de la quantité excrétée par les reins. Répétant les analyses chez des sujets normaux, il a constaté qu'avec un régime sans purines ceux-ci excrètent de 269 à 532 milligr. par 24 heures ; avec un régime moyennement riche en purines, cette quantité s'élève de 100 milligr. en moyenne et, après une grosse ingestion de purines, jusqu'à 1.176 milligr.

En déterminant la quantité d'acide urique excrétée à de courts intervalles, on constate que dans le cas de grande diurèse la quantité est indépendante des variations de grandeur de la diurèse et que dans le cas de faible diurèse (moins de 1 cmc par minute) la quantité excrétée est approximativement proportionnelle à la racine carrée de la diurèse.

Le coefficient de corrélation entre la quantité d'acide urique excrétée par minute et le taux d'acide urique du sérum est de 0,51. Après administration intraveineuse et buccale, l'excrétion d'acide urique augmente relativement plus que le taux d'acide urique du sérum.

Employant une formule différente selon la grandeur de la diurèse, B. a précisé l'élimination de l'acide urique et constaté que celle-ci est à peu près constante dans la matinée, décroissante dans l'après-midi et minimum pendant la nuit. A la suite des repas renfermant des purines l'élimination s'accroît tandis qu'on ne trouve pas de changements certains après les repas sans purines et qu'après les repas riches en purines l'élimination augmente considérablement déjà en une à deux heures pour décroître ensuite de nouveau, alors que l'élévation de l'acide urique du sérum a lieu plus lentement.

B. discute ces résultats en fonction de la théorie de la filtration-réabsorption rénale et conclut que les variations de l'élimination de l'acide urique constatées après administration d'acide urique doivent être attribuées à des variations de la réabsorption dans les tubuli. Il faut supposer qu'il y a un seuil pour l'acide urique comme pour le glycose et les chlorures.

B. critique enfin les résultats fournis par ses prédécesseurs qui sont trop souvent entachés d'erreur du fait surtout qu'on n'a pas tenu compte des variations de la diurèse.

P.-L. Marie.

NORDISK MEDISINSK TIDSSKRIFT (Stockholm)

Ragnar Nicolaysen. ***Recherches sur le mode d'action de la vitamine D*** (*Nordisk Medisinsk Tidsskrift*, n° 48, 27 Novembre 1937, p. 1935-1943). — L'article résume les importants travaux de N. sur cette question pendant ces dernières années. Les résultats obtenus sont les suivants : Chez le rat, la vitamine D règle l'absorption primaire (c'est-à-dire celle de calcium ingéré) et l'absorption secondaire (c'est-à-dire celle de calcium sécrété). L'augmentation de l'excrétion du calcium par les fèces que l'on observe lorsqu'il y a insuffisance de vitamine D est due à la réduction de l'absorption primaire de calcium. L'absorption de phosphates n'est pas primitivement influencée par le manque de vitamine D dans la nourriture, ce que montrent les expériences faites avec une nourriture très pauvre en calcium, mais elle est secondairement réduite quand on donne une nourriture riche en calcium mais ne contenant pas de vitamine D. Cette réduction secondaire dans l'absorption des phosphates est due à la précipitation de phosphates de calcium insolubles à cause de l'augmentation de la concentration de calcium non absorbé dans les intestins.

N. a fait des expériences où il étudie la vitesse d'absorption du calcium par un segment d'intestin grêle isolé. Ces expériences font penser que la vitamine D a une action sur la perméabilité de l'épithélium intestinal. On ne retrouve pas d'action analogue si l'on étudie des substances autres que le calcium et des parois biologiques autres que celles de l'intestin.

J.-H. Vogt.

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE
(Paris)

Touraine, Golé et Soulignac. *La cellulite sclérodermiforme extensive bénigne* (*Annales de dermatologie et syphiligraphie*, t. 8, n°s 10, 11 et 12, Octobre, Novembre et Décembre 1937, p. 761, 841 et 921). — Sclérodermie œdémateuse, sclérœdème de l'adulte et du nourrisson, dermatomyosite, ne sont, pour les auteurs, que des modalités d'une même affection, la *cellulite sclérodermiforme extensive bénigne*.

Cette cellulite survient habituellement après un épisode infectieux (angine, pharyngite, érysipèle, stomatite, érosions, infections génitales ou ombilicales chez le nouveau-né), qui paraît jouer un rôle étiologique direct.

Quelques jours à une ou deux semaines après, apparaît, précédée ou non d'éruption cutanée, l'infiltration sous-cutanée, au voisinage du foyer infectieux originel. Cette infiltration s'étend de proche en proche dans le tissu cellulaire sous-cutané sur une plus ou moins grande étendue des téguments, parfois même se généralisant, en respectant les mains et les pieds. L'infiltration peut s'étendre en profondeur, affectant les aponévroses et les muscles sous-jacents.

Le pronostic est favorable dans la plupart des cas. Après une période d'état qui dure quelques mois, la régression se fait lente et progressive. La mort peut s'observer dans la moitié des cas par généralisation rapide ou infection intercurrente, en cas de sclérème œdémateux du nouveau-né ou de dermatomyosite.

La guérison est souvent complète ou est suivie de rechutes ; des séquelles peuvent persister : infiltration hypodermique en plaques, amyotrophie localisée ou contractures, pigmentations ou altérations atrophiques de la peau.

Histologiquement, il s'agit d'une réaction inflammatoire, presque toujours atténuée, du tissu cellulaire hypodermique, parfois dermique ou intramusculaire.

L'origine dysendocrinienne de cette affection a été soutenue, mais sans preuves suffisantes et le traitement opothérapique donne souvent des résultats décevants.

L'origine infectieuse est plus séduisante, mais les recherches bactériologiques directes sont presque toujours restées négatives.

R. Burnier.

ANNALES D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET D'ANATOMIE NORMALE MEDICO-CHIRURGICALE
(Paris)

A.-E. Policard, L. Croizier et Martin. *Recherches histopathologiques sur les formations nodulaires du poumon dans les pneumoconioses chez l'homme* (*Annales d'Anatomie pathologique et d'Anatomie normale médico-chirurgicale*, t. 14, n° 7, Juillet 1937, p. 587). — C'est pour trancher, d'un point de vue médico-social, la question de la pathogénie des nodules « silicotiques » des poumons de mineurs, que les auteurs ont entrepris ces recherches.

Les poumons examinés étaient ceux d'ouvriers des mines de houille du centre de la France.

On peut y distinguer trois sortes de lésions : nodules fibro-caséeux, nodules fibro-hyalins moyens, nodules fibro-hyalins petits. A côté des nodules, on observe des épaississements fibreux de la trame conjonctive du tissu pulmonaire.

Les coupes histologiques reproduites montrent les aspects obtenus comparativement avec la technique ordinaire et avec la micro-incinération.

En ce qui concerne les nodules gros, moyens et petits, les conclusions sont identiques : leur centre, qu'il soit caséeux ou hyalin, est de nature tuberculeuse et ne renferme presque pas de particules minérales ou anthracosiques. C'est dans la couche périphérique, fibreuse, de ces nodules que se trouve une forte surcharge de particules minérales. En ce qui concerne les épaississements de la trame pulmonaire, au contraire, ils sont surchargés de particules de charbon ou de roche, et ne renferment pas de lésions tuberculeuses.

La méthode de la micro-incinération, permettant de distinguer des cendres de grande taille (cendres particulaires d'origine exogène) et des cendres fines (cendres de constitution provenant des éléments histologiques du poumon), confirme tout à fait les conclusions ci-dessus sur la nature tuberculeuse de la zone centrale des nodules et sur la présence à la périphérie de ceux-ci des infiltrations minérales.

Il s'agit de lésions tuberculeuses « tatouées », comme si les poussières inhalées, charriées dans le poumon avec la lymphe, venaient buter et se fixer au niveau des lésions pathologiques.

En conclusion, c'est à la tuberculose qu'il faut rapporter tous les nodules dits silicotiques des poumons de mineurs. Il reste à expliquer cependant, disent les auteurs, pourquoi on rencontre si fréquemment, chez les sujets travaillant dans les poussières minérales, des lésions de tuberculose pulmonaire sous la forme de micro-nodules fibreux.

P. Moulonguet.

ANNALES DE MÉDECINE
(Paris)

Marcel Lelong et Jean Bernard. *L'image radiologique de l'œdème aigu du poumon* (*Annales de Médecine*, t. 42, n° 5, Décembre 1937, p. 624-636). — L. et B. relatent un cas d'œdème aigu typique, survenu au début d'une néphrite aiguë, chez une enfant de 8 ans. Par suite de circonstances favorables exceptionnelles, un cliché radiologique du thorax put être pratiqué en pleine crise de suffocation et on en fit d'autres les jours suivants ; par ailleurs, on avait pris un cliché quelques semaines auparavant, alors que l'enfant était normale.

Le cliché pris en pleine crise montra une opacité diffuse d'emblée, ombre homogène, d'aspect flou, modérément opaque, empêchant de percevoir les détails normaux de la trame broncho-vasculaire. Cette opacité prédomine dans la région juxtahilaire. Elle diminue à mesure qu'on s'écarte du hile ; à la périphérie, la transparence est voisine de la normale. Un autre caractère réside dans la brusquerie des modifications évolutives, dans l'extrême rapidité de la résorption des ombres pathologiques, quatre jours ayant suffi à leur régression complète. Fait important, cette régression se fait de la périphérie vers le hile, ce qui souligne encore la prédominance hilaire et juxta-hilaire des phénomènes. A bien noter que si la suffocation et les signes fonctionnels disparurent de façon quasi immédiate après la saignée, cette disparition des accidents cliniques précéda de beaucoup la résorption totale des signes radiologiques, donc des lésions anatomiques.

L. Rivet.

PARIS MÉDICAL

Charles Richet. *La pyrétothérapie dans les arthrites gonococciques* (*Paris Médical*, t. 27, n° 49, 4 Décembre 1937, p. 454-459). — On peut employer pour le traitement des arthrites gonococciques l'hyperthermie active provoquée par l'injection de corps microbiens ou de substances chimiques et l'hyperthermie passive obtenue par des procédés physiques de réchauffement. Chaque méthode a ses avantages. Avec les procédés physiques, on peut doser, au dixième de degré près, l'intensité de la fièvre, ainsi que sa durée. Avec les procédés biologiques, on ne sait quelles seront l'élévation et la durée de la température, mais à égalité thermique, la réaction de l'organisme est plus considérable.

Les contre-indications sont la vieillesse, la cachexie, les insuffisances hépatiques ou rénales, les phlébites et l'insuffisance cardiaque.

La pyrétothérapie passive est réalisée avec des bains chauds, ou avec des ondes courtes. Les statistiques américaines donnent, pour 240 cas, 56 pour 100 de guérison, 36 pour 100 d'améliorations et 8 pour 100 d'échecs. La pyrétothérapie active utilise des injections intra-veineuses de vaccin antityphoïde, de vaccin strepto-bacillaire, des injections intra-musculaires d'huile soufrée.

Avec le vaccin antichancrelleux, sur 22 malades, on a obtenu 12 succès, 5 améliorations notables, 3 améliorations légères ; dans 2 cas, l'allure de l'arthrite ne fut pas modifiée.

La pyrétothérapie par agents chimiques ou biologiques peut guérir non seulement les arthrites, mais encore les orchites et améliorer dans une certaine mesure les salpingites. Par contre, elle est sans effet sur les métrites et les cervicites gonococciques. Les procédés physiques guérissent dans la proportion de 60 à 90 pour 100 les blennorragies.

L'effet thérapeutique de la pyrétothérapie peut s'expliquer par une action directe sur le gonocoque qui est thermolabile, par une action indirecte sur l'organisme. Son effet est probablement double ; elle diminue la virulence du germe et augmente les moyens de défense du terrain.

Robert Clément.

LE PROGRÈS MÉDICAL
(Paris)

Petit-Dutaillis. *Traitement chirurgical de la névralgie faciale* (*Progrès Médical*, t. 65, n° 3, 15 Janvier 1938). — P.-D. donne une excellente mise au point de cette importante question.

On ne doit « appliquer la neurotomie d'emblée qu'à certains cas rares de névralgie particulièrement intense ou de névralgies à point de départ ophtalmique pour lesquelles l'alcoolisation est difficilement applicable. Le plus souvent son indication ne se pose que devant l'échec d'autres traitements ». Les injections neurolytiques donnent des résultats temporaires, ne sont pas toujours inoffensives : possibilité d'hématomes, de paralysies


THÉRAPEUTIQUE PAR LA
VITAMINE C
VITASCORBOL
(Acide ascorbique lévogyre)

oculo-motrices pour l'anesthésie au niveau du trou sus-orbitaire; possibilité de trismus, d'ankylose temporo-maxillaire, ou encore de nécrose du maxillaire supérieur; l'alcoolisation du ganglion de Gasser expose à la kératite, à des paralysies des nerfs craniens. P.-D. retrace ensuite les étapes de la chirurgie de la névralgie faciale. Les sections nerveuses sont inopérantes. Les interventions sur le ganglion de Gasser sont meurtrières et se compliquent de kératite. Elles sont abandonnées. Frazier, sur les indications de Spiller, pratique alors la neurotomie rétro-gassérienne par voie sous-durale. Au début, la section de la racine était totale. Le gros ennui, outre la paralysie des masticateurs, restait la fréquence de la kératite. Un nouveau progrès est alors réalisé par Frazier avec la neurotomie rétro-gassérienne partielle. « Depuis la thèse d'André Sicard qui a étudié les suites éloignées de cette opération sur les opérés de Robineau, la neurotomie partielle est devenue l'opération de choix, car il est prouvé que les récidives sont rares (8 à 15 pour 100). » « La proportion des kératites post-opératoires tombe de 30 ou 40 pour 100 à 5 ou 10 pour 100. »

Dandy proposa, en 1925, la neurotomie juxta-protubérantielle par trépanation de la fosse cérébelleuse. Cette intervention présente quatre avantages : « 1° Elle permet seule de reconnaître les névralgies symptomatiques d'une tumeur ou d'une arachnoïdite; 2° Elle permet d'éviter à coup sûr la kératite pour les neurotomies partielles et le plus souvent aussi pour les neurotomies totales; 3° Elle permet d'obtenir la guérison de la névralgie par neurotomie partielle en laissant des troubles de la sensibilité en général à peine décelables et respectant presque toujours les muqueuses; 4° Elle permet d'éviter à coup sûr la section de la racine motrice ».

C. Ruppe.

L'ÉCHO MEDICAL DU NORD
(Lille)

E. Houcke et **J. Salembier.** ***Les ramollissements cérébraux par embolie gazeuse*** (*L'Echo médical du Nord*, t. 8, n° 52, 26 Décembre 1937, p. 781-793). — Si le sang contient à l'état normal une certaine quantité de gaz, l'introduction brusque d'un de ceux-ci ne va pas avoir le temps de se combiner au sang, il va jouer le rôle d'un corps étranger et créer une embolie.

Les embolies gazeuses prennent naissance dans le système veineux de la grande circulation à la suite d'une intervention chirurgicale sur le cou, les sinus utérins, au cours d'une tentative de pneumo-péritoine ou d'examen urétroscopique. Elles sont, dans d'autres cas, secondaires à la piqûre du parenchyme, au cours du pneumothorax ou de ponctions intra-pulmonaires.

Le début des accidents suit généralement à une minute près l'introduction d'air dans le système circulatoire. La mort subite, précédée de quelques mouvements convulsifs, peut résumer toute la symptomatologie. Le plus souvent le malade s'affaisse, pâlit brusquement et perd connaissance. Suivant les symptômes, on peut envisager une forme convulsive, une forme comateuse et une forme hémiplégique. L'évolution est extrêmement variable. Un certain nombre d'embolies gazeuses sont suivies de guérisons définitives, d'autres entraînent la mort ou laissent après elles des séquelles irréparables.

Quelles que soient les voies qu'elle emprunte, l'embolie gazeuse détermine dans le cerveau des lésions multiples disséminées. H. et S. insistent sur l'importance de l'état antérieur des artères cérébrales dans les accidents. Si l'appareil circulatoire cérébral est anatomiquement normal, les accidents sont bénins, l'embolie ne laisse pas de traces. Au contraire, lorsque les artères sont malades antérieurement, les accidents sont graves et, s'ils n'entraînent pas la mort, ils laissent après eux des lésions définitives.

Robert Clément.

LE JOURNAL DE MEDECINE DE LYON

M. Feuillade et **M. Ser.** ***Le coma insulinique en thérapeutique psychiatrique*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. 18, n° 430, 5 Décembre 1937, p. 657-661). — Par des injections croissantes d'insuline, on provoque chez le malade un état hypoglycémique de plus en plus prononcé allant jusqu'au coma. Les doses nécessaires diffèrent suivant les sujets; chez les uns 60 unités provoquent un coma profond alors que chez d'autres, 150 unités ne déterminent qu'un sommeil léger. On laisse le malade dans le coma un heure et demie environ et on l'arrête en faisant ingérer 200 gr. de sucre dans 400 gr. de thé léger.

Cette thérapeutique est extrêmement délicate et impressionnante: elle nécessite des précautions minutieuses qui ne permettent pas cependant d'éviter tout incident. Pendant la première phase du traitement, c'est une sensation désagréable de faim, déterminant un état d'agitation parfois très marqué, durant lequel le malade devient violent et méchant. L'ingestion d'aliment calme cet état.

Chez d'autres malades, dont le coma avait évolué sans incident, avec la même dose d'insuline, on voit, deux heures à deux heures et demie après l'injection, apparaître une excitation intense avec cris, agitation, contorsion. Le patient est souvent dans un état de confusion mentale, il faut le maintenir dans son lit, le pouls est rapide et la tension artérielle s'élève. Après une demi-heure à une heure, le malade se calme et s'endort.

Les crises d'épilepsie sont fréquentes, on a signalé la chorée électrique, le spasme de la glotte, des troubles respiratoires à type Cheyne-Stokes, des troubles cardiaques, des vomissements et des complications pulmonaires en raison de l'hypothermie et de l'abondance des sécrétions muco-salivaires.

Ce traitement a été appliqué chez 15 malades (6 schizophrènes, 6 maniaques et 3 mélancoliques), avec des résultats qui, quoique récents, semblent appréciables.

Il est important de ne pas arrêter le traitement pendant la phase d'excitation pré-comateuse. La suspension du choc insulinique, dans de telles conditions, supprime l'effet du traitement et détermine même une aggravation de l'état antérieur.

Robert Clément.

LYON MÉDICAL

E. Pallasse et **G. Romany.** ***Les atteintes articulaires au cours de la maladie de Parkinson*** (*Lyon Médical*, t. 161, n° 1, 2 Janvier 1938, p. 3-10). — Une femme de 49 ans, atteinte de maladie de Parkinson, présentait une arthropathie du genou droit ayant débuté six mois auparavant par une augmentation progressive de volume sans gêne fonctionnelle au début. Puis des craquements, la gêne de la marche et la limitation des mouvements ont fait leur apparition. Le genou, très augmenté de volume, sans hydarthrose, présente des contours très modifiés, les méplats sont comblés et il existe des saillies osseuses anormales impossibles à identifier. La limitation des mouvements s'accompagne peu de douleurs; il n'y a ni atrophie, ni contractures, ni laxité anormale dans le sens latéral. La radiographie montre une décalcification diffuse, l'hypertrophie des extrémités articulaires, un ostéophyte à la face postérieure du condyle externe, une luxation presque complète de la rotule. P. et R. pensent qu'il s'agit d'arthropathie parkinsonienne expliquée par des troubles sympathiques. Ils ont trouvé dans la littérature quelques observations de déformations articulaires dans la maladie de Parkinson. Elles semblent affecter surtout la main et les grosses articulations.

L'existence d'une arthropathie parkinsonienne d'origine nerveuse peut se discuter. On a récemment insisté sur l'importance des troubles vasculo-sympathiques dans les arthropathies nerveuses indiscutées du tabes et de la syringomyélie. Des troubles analogues existent dans la maladie de Parkinson. On peut se demander s'ils ne sont pas capables de réaliser une arthropathie parkinsonienne, indépendante de tout rhumatisme chronique.

Robert Clément.

L'ALGÉRIE MÉDICALE
(Alger)

A. Portier. ***La ponction de la moelle osseuse et la ponction de la rate au cours du paludisme*** (*L'Algérie médicale*, t. 41, n° 119, Novembre 1937, p. 611-649). — Chez 12 sujets atteints de paludisme, on a pratiqué systématiquement et parallèlement l'examen du sang, celui de la moelle osseuse par ponction sternale et celui de la pulpe splénique par ponction de la rate. Chez 8 autres, l'hémogramme et le myélogramme ont seuls été étudiés.

On trouve l'hématozoaire dans la moelle et dans la rate chaque fois que sa présence est constatée dans le sang périphérique; par contre, la ponction sternale et la ponction de la rate ne permettent qu'exceptionnellement de déceler la présence d'hématozoaires lorsque ceux-ci ne sont pas trouvés à l'examen du sang périphérique. La disparition du parasite est simultanée dans ces trois organes.

La ponction de la rate et de la moelle osseuse d'une trentaine de malades présentant une splénomégalie chronique d'origine indéterminée, bon nombre d'entre eux ayant des antécédents paludéens plus ou moins récents, n'a jamais mis en évidence chez eux la présence d'hématozoaires.

Cependant, l'étude du myélogramme et du splénogramme présente un grand intérêt diagnostique au cours du paludisme, car elle met en évidence la présence de leucocytes mélanifères, un mois au moins après la disparition de l'hématozoaire.

Le splénogramme est nettement modifié par le paludisme: il y a une mononucléose importante avec légère réaction myéloïde.

Sur le myélogramme, il y a presque constamment d'importantes réactions myélocytaires, érythroblastiques et mégaloblastiques qui sont le témoin de l'activité réparatrice de la moelle osseuse. Ces réactions ne sont pas spéciales au paludisme, mais elles peuvent apporter un élément important au diagnostic différentiel.

Robert Clément.

DIE MEDIZINISCHE WELT
(Berlin)

J. Jochims. ***L'air frais comme excitant dans le traitement de la pneumonie infantile*** (*Die medizinische Welt*, t. 11, n° 48, 27 Novembre 1937, p. 1663-1666). — Les recherches faites par J. à la clinique pédiatrique de Kiel ont été pratiquées principalement avec la chambre climatique de Sterkel, grâce à laquelle, il a été possible de poursuivre des recherches tout à fait systématiques. Il s'agit là d'ailleurs, à proprement parler, de traitement à l'air frais et non pas de vie à l'air libre comme chez les tuberculeux, par exemple. Pour la pneumonie, la température favorable est inférieure à la zone indifférente, c'est-à-dire de 10 à 14°C, avec 50 à 60 pour 100 d'humidité relative. Le séjour dans cette atmosphère peut être soit continu, soit intermittent. C'est ce dernier qui, en général, est préférable dans la pneumonie, car l'exposition à l'air frais trop prolongé peut, à la longue, aggra-


CRINEX
EXTRAIT OVARIEN TOTAL STANDARDISÉ
stimule
OREX
EXTRAIT ORCHITIQUE TOTAL STANDARDISÉ
équilibre
FRÉNOVEX
EXTRAITS MAMMAIRE ET LUTÉINIQUE
freine
la fonction ovarienne
LABORATOIRES 28 CRINEX-UVÉ
C.O.F. 2

ver l'état général, surtout en cas de troubles circulatoires.

Le passage de l'air frais à l'air chaud détermine une réaction dont la courbe a pu être inscrite, grâce au thermomètre cutané thermo-électrique. Dans ces conditions, la température de la joue qui est de 32°, par exemple, température ordinaire, tombe d'environ 3° à l'air frais, puis remonte à 36°8, après retour à la température de la chambre, ce qui fait une différence de près de 5° entre la température initiale et la température finale. Cette action se fait également sentir sur les muqueuses des voies respiratoires. Les dimensions de la surface de la buée déposée par la respiration nasale sur une plaque de verre augmentent très fortement pendant la séance à l'air frais, après laquelle survient une hypérémie réactive.

Pratiquement, les enfants bien enveloppés, coiffés d'un bonnet de laine et pourvus de boules d'eau chaude, sont mis à l'air frais, par exemple devant une fenêtre ouverte, à des températures qui sont inférieures à 15°, mais autant que possible pas inférieures à 10°. L'intensité du vent est également prise en considération. Il est bon, en pareil cas, que l'infirmière promène un peu l'enfant à l'air frais, en le tenant dans ses bras.

Parmi les contre-indications de ce traitement, J. fait figurer les prématurés et les très jeunes nourrissons, ainsi que les enfants chez lesquels la circulation menace de devenir insuffisante. La spasmophilie exige également la prudence.

P.-E. Morhardt.

A. Marchionini. ***Nouveaux points de vue sur la pathogénèse et la thérapeutique de l'eczéma séborrhéique*** (*Die medizinische Welt*, t. **11**, n° 51, 18 Décembre 1937, p. 1769-1773). — Dans la séborrhée comme dans toute disposition constitutionnelle, il existe des caractères ou des stigmates typiques et notamment des particularités chimiques de la peau : le manteau acide que présente la peau a une existence moins marquée que chez les sujets sains ; de ce fait, la kératinisation est troublée et il apparaît de la desquamation ; enfin la sensibilité pour les alcalins est très élevée, de sorte que les savons alcalins aggravent les phénomènes. Enfin, dans la séborrhée, il y a un trouble des échanges des substances grasses. Dans l'eczéma séborrhéique, les cellules des couches superficielles de la peau sont bourrées de gouttelettes de graisse, comme on peut le constater par un badigeonnage à l'osmium ou au sudan. En laissant agir pendant 3 minutes sur 5 cmq de peau 20 cmc de chloroforme contenu dans un verre fixé à la peau, on arrive d'ailleurs à obtenir un dialysat qui donne des indications précises sur les esters de la cholestérine et sur la cholestérine libre. Dans ce dialysat, la proportion totale de cholestérine varie de 0 milligr. 3 pour 100 gr. sur les bras, le ventre et la plante des pieds, ainsi que dans les aisselles. Ce chiffre est augmenté de 50 pour 100 sur le cuir chevelu (0 milligr. 45). Le rapport des esters de la cholestérine à la cholestérine libre est de 2: 1.

Dans 9 cas d'eczéma séborrhéique, la cholestérine totale s'est élevée de 50 pour 100 dans les aisselles et même de 100 pour 100 sur les joues et sur le cuir chevelu. De même la fraction estérifiée de la cholestérine augmente assez appréciablement chez ces sujets, dans les aisselles, sur le ventre et à la plante des pieds. Dans le dialysat du cuir chevelu, on trouve 0 milligr. 54 d'ester de la cholestérine et 0 milligr. 43 de cholestérine libre.

Dans 6 cas d'acné vulgaire on a constaté surtout une augmentation de la cholestérine totale sur la poitrine, sur le cuir chevelu et surtout sur les épaules (100 pour 100). Le fait que la plante des pieds ait donné, chez des sujets sains, des chiffres analogues à ceux du cuir chevelu, montre que, conformément aux vues de Linser, Unna et Golodetz, la cholestérine qui se trouve à la surface de la peau provient non pas des glandes sébacées, mais de la souche kératinisée et, de plus, ces constatations confirment bien que la séborrhée s'accompagne d'une modification de la couche lipidique superficielle. Dans l'acné cependant, le trouble est un peu différent et doit par conséquent être rattaché à une anomalie de la sécrétion des glandes sébacées, ce que confirment d'ailleurs les observations cliniques.

L'aspect pommadé du visage observé en cas d'encéphalite léthargique ainsi que l'expérimentation sur l'animal montrent qu'il existe dans le diencéphale un centre régulateur des échanges de corps gras qui paraît être intéressé dans la séborrhée. Enfin, il existe des rapports comme l'a montré Schoch, entre l'acidité gastrique et les affections séborrhéiques qui s'accompagnent souvent d'anacidité ou de subacidité et qui sont améliorées par l'administration d'acide.

Tandis que certains auteurs admettent l'existence de séborrhée chez les nourrissons et chez les petits enfants, d'autres, au contraire, pensent qu'à cet âge-là l'insuffisance de fonctionnement des glandes sébacées empêcherait cette affection d'apparaître. Quoi qu'il en soit, cet eczéma est caractérisé par des macules nettement limitées, jaunes rouges, donnant lieu à une desquamation furfuracée. Ces lésions surviennent surtout sur les paupières, au voisinage de l'oreille, dans la région du pli nasolabial et labio-mental, dans les aisselles, les régions sternales et interscapulaires, dans le pli crural et la région anale ainsi que sur la tête et le pubis. Cet eczéma est tantôt suintant et alors plus ou moins aigu, tantôt sec et chronique sans entraîner aucune gêne pour le malade.

P.-E. Morhardt.

A. Marchionini. ***Nouveau point de vue sur la pathogénèse et la thérapeutique de l'eczéma séborrhéique*** (*Die medizinische Welt*, t. **11**, n° 52, 25 Décembre 1937, p. 1806-1808). — Le traitement de l'eczéma séborrhéique doit être local et aussi général. Comme traitement local on emploie d'abord des solutions salicylées (0,1 pour 100) ou résorcinées (1 pour 100) ou encore, en cas de sensibilité pour la résorcine, boratées (3 pour 100). En cas de surinfection, les solutions de nitrate d'argent à 0,25 pour 100 ou les produits qui libèrent du chlore sont utiles. Les bains d'eau de son sont également utiles, de même qu'une fois le suintement disparu, les suspensions huileuses, les pommades ou les pâtes à l'oxyde de zinc et enfin le goudron avec lequel il faut procéder prudemment (solution acétonique de Sack). Dans les formes sèches, on peut recourir aux pommades à l'acide salicylique à 1 ou 2 pour 100, à l'ichthyol et enfin à des irradiations aux rayons Roentgen. M. n'utilise pas les préparations proprement soufrées.

En ce qui concerne le visage et le cuir chevelu, M. utilise un régime acidifiant et évite les savons alcalins qu'il remplace surtout par une solution salicylée-résorcinée. L'action acide de cette solution ou des pommades acides à base d'acide lactique et de lactate a de bons résultats. Le pH de ces pommades doit atteindre 2,8 au début; on le fait ensuite passer progressivement à 4,6.

Le traitement du cuir chevelu ne doit jamais être négligé. Il est utilisé pour cela une huile ou une pommade salicylée (1 à 3 pour 100), puis, plus tard, des pommades au goudron ou au mercure. Pour le cuir chevelu également le lavage avec des savons alcalins est nocif. En pareil cas, les lavages doivent êtres rares et faits avec des savons surgras, pauvres en alcalins.

L'administration d'acide à l'intérieur pour lutter contre l'anacidité ou l'hypoacidité gastrique donne souvent des résultats surprenants, de même que le traitement de la constipation. Dans un cas, la castration par irradiation des ovaires par les rayons Roentgen a eu des effets excellents pendant deux ans.

P.-E. Morhardt.

L. Aschoff. ***La question des monocytes au point de vue anatomique et particulièrement leurs relations avec le système réticulo-endothélial*** (*Die medizinische Welt*, t. **12**, n° 6, 15 Janvier 1938, p. 78-82). — La distinction entre lymphocytes et monocytes n'est devenue possible que par le moyen de la coloration vitale par le vert Janus ou le scharlachrot. On a pu ainsi constater que ces deux espèces de cellules ne dérivent pas l'une de l'autre. La réaction de l'oxydase a confirmé cette distinction de même que les colorations au rouge neutre. D'une façon générale on rapproche assez les monocytes des histiocytes, surtout en Amérique. Mais on n'avait pas pu encore expliquer comment dans ces conditions les monocytes peuvent arriver dans le sang. D'autre part, Seemann avait établi que, dans les exsudats péritonéaux, les monocytes migrateurs peuvent se transformer en histiocytes. On arrive ainsi à admettre que dans la production de ces monocytes interviennent les cellules réticulaires du tissu lymphatique, c'est-à-dire les cellules primitives du mésenchyme. Cependant, d'après A., il n'y a pas lieu d'admettre que les monocytes ne puissent également dériver des cellules endothéliales du foie, de la rate et de la moelle osseuse.

La monocytose peut être provoquée par certaines irritations toxiques. Les injections intravitales répétées augmentent en effet les mononucléaires phagocytes plus que les autres.

La monocytose peut être également due à un trouble des échanges. Au cours du diabète par exemple, les cellules du système réticuloendothélial peuvent être atteintes, notamment dans la rate et dans le foie. Des phénomènes du même genre sont observés dans la maladie de Christian-Schüler.

Si, des monocytes on ne veut faire ni des lymphocytes ni des myélocytes, il faut admettre l'existence d'une prolifération blastomateuse analogue à une leucémie. Mais l'existence d'une leucémie de ce genre est difficile à établir.

P.-E. Morhardt.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Berlin)

E. Schulze et U. Hecht. ***L'action de l'acide ascorbique sur le toxoïde formolé et la toxine tétanique*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 42, 16 Octobre 1937, p. 1640-1463). — Toute avitaminose augmente la réceptivité des animaux contre les infections. La carence de vitamine C, qui survient assez facilement, joue vraisemblablement, à ce point de vue, un rôle important. D'ailleurs, il existe des relations entre l'acide ascorbique qui s'accumule dans les cortico-surrénales et l'affinité que l'intoxication diphtérique possède pour cet organe. On constate effectivement, que dans l'intoxication diphtérique, l'acide ascorbique des cortico-surrénales diminue, alors qu'inversement, on obtient, dans la diphtérie maligne, des résultats remarquables par administration d'acide ascorbique et d'extrait de cortico-surrénales. On a d'ailleurs constaté que les effets de la toxine diphtérique sont atténués par des doses moyennes d'acide ascorbique. Pour cela, S. et H. ont comparé les effets obtenus chez des cobayes auxquels, après intoxication par une dose mortelle de toxine diphtérique, on avait administré une dose protectrice de toxoïde formolé diphtérique soit normal, soit resté préalablement en contact avec des doses croissantes d'acide ascorbique. La léthalité la plus élevée a été observée avec le toxoïde formolé qui avait été traité avec des doses moyennes d'acide ascorbique. Ainsi, cette vitamine modifie le caractère antigénique du toxoïde.

En ce qui concerne la toxine tétanique, on a eu recours à des souris blanches auxquelles cette toxine était injectée à des doses capables de tuer au plus tard en trois jours et ayant été également mises en

contact avec des concentrations croissantes d'acide ascorbique. Dans aucun cas cet acide ne s'est montré capable de rendre inactive la toxine tétanique. Néanmoins, l'évolution du tétanos a été modifiée d'une façon caractéristique, en ce sens que les convulsions sont survenues plus tard et la survie a été plus longue chez les animaux auxquels on avait injecté de la toxine tétanique ayant été en contact avec des doses moyennes d'acide ascorbique. D'autre part, l'acide ascorbique administré prophylactiquement a rendu l'intoxication plus sévère et en a accéléré le cours.

On ne saurait encore expliquer comment il se fait que seules les doses moyennes d'acide ascorbique exercent une action sur les toxines; pourtant, le fait paraît bien établi, étant donné que d'autres auteurs ont obtenu des résultats analogues, en employant des méthodes toutes différentes et, notamment, par la détermination du titre antitoxique du sérum après administration de toxoïde formolé mis en contact avec des doses croissantes d'acide ascorbique (Dieckhoff).

P.-E. Morhardt.

E. Lorenz. ***Alcaptonurie dans l'enfance. Contributions à l'étude des troubles alcaptonuriques des échanges*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 42, 16 Octobre 1937, p. 1463-1466). — L. donne l'observation d'un garçon de 12 ans, chez lequel on soupçonne du diabète, qui, en réalité, émet une urine brun foncé, faisant penser à l'alcaptonurie. Des recherches poursuivies dans la famille montrent l'existence de mêmes troubles du métabolisme chez le frère aîné de ce garçon. On ne constate d'autre part, chez le malade, aucun autre symptôme pathologique et, particulièrement pas de signe d'ochronose. Dans les urines, on ne retrouve pas de sucre, même après administration de glucose; mais on y retrouve des quantités importantes d'indican et l'acide homogentisique urinaire varie de 1 gr. 24 à 6 gr. 77 par vingt-quatre heures.

Le rapport de l'acide homogentisique et de l'N total de l'urine a varié de 44,6 à 52,1, c'est-à-dire dans les limites normales. En réduisant de moitié la ration des protéines du régime, sans modifier appréciablement le total des calories, on a fait baisser appréciablement l'N total, de même que la teneur en acide homogentisique. Au cours d'une période de jeûne pendant laquelle on donna cependant un peu d'hydrates de carbone pour éviter la cétonurie, l'indicanurie disparut complètement et l'acide homogentisique diminua d'une façon considérable et continue, passant ainsi de 0 gr. 85 à 0 gr. 23 pour 100. En même temps, on constata que le rapport de l'acide homogentisique et de l'N urinaire s'abaissait considérablement (23,5 à 5,5). Cette diminution se produisit par abaissement de l'alcaptone sans que l'acétone apparaisse. La production d'alcaptone doit donc être la conséquence de phénomènes tout à fait différents de ceux qui provoquent l'acétonurie.

P.-E. Morhardt.

E. Kerpel-Fronius. ***La question des états diabétiques de carence de sel*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 42, 16 Octobre 1937, p. 1466-1468). — Certaines formes de diabète insulino-résistant sont caractérisées par la glycosurie et l'acidose, alors que d'autres sont caractérisées par des phénomènes d'exsiccation, c'est-à-dire par de l'anhydrémie, une diminution de volume du sang, du collapsus, de l'acétonémie et de l'hypochlorémie. Ces derniers phénomènes s'observent d'ailleurs, non seulement dans le diabète, mais dans tous les cas où les réserves de chlorure de sodium ont, pour une raison ou pour une autre, diminué de 40 pour 100. Par ailleurs, le pancréas intervient directement dans la régulation des échanges du chlorure de sodium. Mais il est possible également, que ces états de carence de chlorure de sodium, soient parfois, d'origine rénale et la conséquence indirecte à la fois de l'acidose et de la glycosurie. La méthode utilisée par K.-F. pour élucider les questions ainsi posées a consisté à recourir à des lapins auxquels on administrait deux fois par jour 40 cmc d'une solution à 40 pour 100 de glucose, en injections intraveineuses. On arrivait ainsi à réaliser une glycosurie analogue à ce qui s'observe chez les chiens diabétiques, soit de 4 gr. 5 par kilogramme d'animal.

Cette méthode a permis de faire perdre à ces animaux 35 pour 100 des chlorures que contenait leur organisme. Les pertes d'ions Cl ont été d'ailleurs égales à celles d'ions Na. Les pertes d'eau qui surviennent en même temps atteignent 25 à 27 pour 100, de sorte que le chlore du sérum ne s'abaisse que de 10 pour 100. Quand on prive l'animal de boisson, les pertes de chlore sont de 16 pour 100. Mais alors, l'hyperchlorémie augmente parce que les pertes d'eau dépassent celles de chlore. Au cours de ces expériences, l'azote résiduel a toujours un peu augmenté. Ainsi, la glycosurie, à elle seule, peut entraîner des pertes de chlorure, comme il s'en observe chez les diabétiques, à condition que la glycosurie ainsi provoquée soit de même ordre de grandeur que la glycosurie provoquée par extirpation du pancréas.

En administrant de la créatinine avec le glucose, il a été possible d'étudier, comme dans la méthode de Rehberg, la résorption tubulaire. On a constaté ainsi, que l'administration de solutions de glucose inhibe cette résorption qui est normalement de 98 pour 100, alors qu'en cas d'hyperglycémie sévère, elle n'est que de 65 pour 100. Le mécanisme par lequel se produit cette inhibition n'est pas encore connu. A côté de la hauteur absolue de l'hyperglycémie, intervient également la rapidité avec laquelle la glycémie s'élève. Par contre, la concentration du sucre urinaire est sans signification. Il y a lieu de noter que chez les diabétiques, des glycosuries de 20 à 30 gr. par jour ne menacent pas les échanges salins. Mais, chez les diabétiques, à la période de précoma, on observe des états qui sont voisins de ceux que K.-F. a fait apparaître chez l'animal.

Chez ces malades, il peut survenir, à côté d'une carence « saline rénale », une carence « saline gastrique » par vomissements.

P.-E. Morhardt.

H. Hungerland. ***Clinique et pathogénèse des vomissements cétonémiques chez les enfants diabétiques*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 44, 30 Octobre 1937, p. 1526-1528). — Divers auteurs ont noté, en cas de vomissements cétonémiques, de l'hyperglycémie et de la glycosurie. Dans un cas de H., il s'agit d'un enfant de 5 ans, qui présente de la pâleur, de la lassitude, des vomissements et, malgré une alimentation satisfaisante, de l'amaigrissement. L'état s'aggrave progressivement jusqu'au moment de l'entrée à l'hôpital où l'on constate qu'il y avait coma diabétique très sévère (urine: 5 pour 100 de sucre, acétone, acide diacétique, cylindres du coma; sang: 11 gr. de sucre par litre) accompagné de vomissements profus. De fortes doses d'insuline sauvèrent l'enfant qui put ensuite être privé d'insuline, grâce au régime de G. Fanconi (régime de fruits et de légumes, pauvre en protéines). Six mois plus tard, l'enfant présenta une nouvelle crise de vomissements et rentra à l'hôpital où l'on constata dans l'urine l'absence de sucre et la présence de corps acétoniques (90 milligr. pour 100 cmc), la glycémie étant normale.

Dans les vomissements cétonémiques on a invoqué diverses théories; ainsi E. Schiff pense qu'en pareil cas, il y a hyperproduction récidivante d'insuline, ou, inversement, blocage et épuisement des réserves d'hydrates de carbone, d'où contre-indication de l'insuline. Pour Brentano, il y aurait troubles périphériques de l'utilisation du sucre. Pour G. Fanconi, il y aurait au début hypoglycémie, puis après administration d'hydrate de carbone, hyperglycémie, voire même glycosurie, d'où nécessité d'administrer de l'insuline. Dans certains cas, d'après H., l'hyperglycémie pourrait être dissimulée par le jeûne auquel l'enfant est automatiquement soumis les premiers jours de la maladie. Les traités ne mentionnent généralement pas les vomissements dans le coma diabétique de l'enfance, bien qu'en pareil cas, ce symptôme soit constaté à cet âge où les vomissements du coma diabétique ne sont qu'un cas particulier de vomissements cétonémiques, affection due manifestement à un trouble des échanges des hydrates de carbone, par hyperinsulinisme ou par hypoinsulinisme suivant les circonstances. Le traitement devra s'inspirer de la genèse du syndrome et recourir à l'insuline ou aux hydrates de carbone, ou aux deux.

P.-E. Morhardt.

E. J. Kraus. ***Comment peut-on confirmer morphologiquement l'existence d'hyperpituitarisme corticotrope chez l'homme ?*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 44, 30 Octobre 1937, p. 1528-1532). — Les relations qui existent entre l'hypophyse et la cortico-surrénale ont été mises en évidence aussi bien par les recherches d'anatomie pathologique que par l'expérimentation. En cas de maladie d'Addison, on voit disparaître d'une façon tout à fait caractéristique les basophiles de l'hypophyse, tandis qu'en cas d'adénome basophile de l'hypophyse, l'existence d'hyperplasie lipoïdique de la cortico-surrénale est observée.

En cas d'hypertension intracranienne chronique, on constate, alors même que le processus pathologique n'intéresse pas directement l'hypophyse, que le lobe antérieur de cette glande augmente de volume, principalement par multiplication des basophiles. En même temps, il apparaît un hyperpituitarisme corticotrope qui entraîne une hyperplasie de l'écorce des surrénales dans près de 90 pour 100 des cas. Dans les 49 cas que K. a étudiés à ce point de vue et qui présentaient presque tous de l'hypertension intracranienne par blastome primitif, les surrénales pesaient en moyenne 13 gr. 5.

Dans un cas concernant une femme de 25 ans, autopsiée après méningite consécutive à une otite moyenne, on a constaté la destruction complète, par caséification, du lobe antérieur de l'hypophyse ayant entraîné une atrophie considérable des surrénales et surtout de l'écorce ainsi que de la thyroïde et des ovaires.

Sur 12 cas de lésions diverses du système hypophyse-mésocéphale, réunis par K., il a été constaté 5 fois que les surrénales avaient un poids normal; dans 6 autres cas (dont 5 adénomes de la préhypophyse), au contraire, les surrénales étaient augmentées de volume, ce qui montre que les tumeurs de l'hypophyse peuvent parfois stimuler la croissance de la cortico-surrénale.

En cas de destruction du système hypophyse-diencéphale, conduisant à la dystrophie génitale ou adiposogénitale, on peut souvent observer une augmentation du volume des surrénales, vraisemblablement parce qu'alors, le lobe antérieur n'est pas entièrement détruit. Si ce reste de lobe antérieur finit par disparaître, les cortico-surrénales s'atrophient.

D'un autre côté, les processus qui conduisent à la dystrophie adiposogénitale s'accompagnent d'une dégénérescence graisseuse centrale, à grosses gouttelettes, des acinus hépatiques.

P.-E. Morhardt.

H. Klan. ***Gangrène symétrique aiguë dans la scarlatine*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 44, 30 Octobre 1937, p. 1538-1543). — A l'occasion

d'un cas qu'il a eu l'occasion de suivre, K. rappelle que depuis une observation de Lister (1858) et d'Hudson (1858) il a été publié à plusieurs reprises des faits de scarlatine compliquée de gangrène cutanée. Il a ainsi relevé 51 travaux où figurent des observations de ce genre. Des phénomènes de gangrène analogues ont d'ailleurs été observés dans la diphtérie, la rougeole, la varicelle, la septicémie, la fièvre typhoïde, la vaccination, etc.

L'observation de K. concerne une fillette de 6 ans, fille unique, chez laquelle l'interrogatoire ne révèle aucune affection constitutionnelle. Elle a commencé à faire une scarlatine moyennement sévère, typique, le 15 Octobre et au bout de huit jours la fièvre est tombée. Mais au dix-huitième jour, la température s'est de nouveau élevée, accompagnée de lymphadénite de l'angle du maxillaire, puis, le 11 Novembre, il est apparu une tache bleu noirâtre sur la joue droite et successivement sur les deux fesses, le bras droit et enfin sur le bras et l'avant-bras gauches. A l'entrée, l'enfant fait l'impression d'être sévèrement malade et d'ailleurs l'état s'aggrave très sérieusement. Mais, néanmoins, à partir du 2 Décembre, on constate une amélioration de l'état général, bien que l'enfant ait fait successivement une thrombo-phlébite de la jambe droite, une altération toxique du myocarde, de la néphrite et de l'anémie.

La gangrène n'a jamais atteint le tissu musculaire, il n'a été observé ni splénomégalie, ni tuméfaction des ganglions. La leucocytose s'est élevée jusqu'à près de 30.000, symptôme qui a été souvent noté par les auteurs.

Dans ce cas, il s'agit certainement d'une scarlatine bien caractérisée et non pas d'une septicémie ou d'une infection mixte secondaire. Il ne s'agit pas non plus des conséquences d'un purpura ou d'une diathèse allergique, complication qui survient généralement d'une façon précoce au cours de la scarlatine. Dans les cas analogues, où un examen a pu être fait, il n'a pas été constaté de thrombose post-infectieuse des capillaires. Le marasme n'intervient pas non plus. On est, par contre, amené à penser comme facteur étiologique à l'existence d'un angiospasme.

Au point de vue thérapeutique, K. remarque que d'après la littérature anglo-américaine, on a souvent procédé, dans des cas de ce genre, à des amputations de membres et, alors, il ne fut constaté aucune lésion pathologique des artères, des veines ou des capillaires. Il semble d'ailleurs, étant donné que la gangrène ne dépasse jamais le tégument, que l'amputation soit, en pareil cas, tout à fait contre-indiquée. Le traitement doit donc être purement conservateur: poudre antiseptique au début pour retarder l'infection secondaire, puis pommade à l'huile de foie de morue, bains de camomille, etc., en même temps que jus de fruits, calcium, irradiation aux rayons ultra-violets, etc.

P.-E. Morhardt.

A. Jauerneck et **W. Gueffroy.** ***Recherche du prontosil dans le liquide céphalo-rachidien*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 44, 30 Octobre 1937, p. 1544-1546). — J. et G. ont recherché une méthode permettant de retrouver les divers prontosils d'une façon nette dans le liquide céphalo-rachidien. En ce qui concerne le prontosil base, il suffit d'agiter 5 cmc du liquide pendant deux minutes avec 2 cmc d'éther. Après élimination de l'éther et traitement par l'acide acétique dilué, on teint des fils de laine qu'on compare avec des fils teints avec des solutions de concentration connues. En ce qui concerne le prontosil soluble, on procède à peu près de la même façon, mais en employant de l'acide acétique glacial. Avec le prontosil blanc et le *p*-aminobenzolsulfonamide dérivé du prontosil, on procède à une diazotatation, puis transformation en combinaison colorée. On mesure ensuite la concentration au colorimètre. D'autre part, on a déterminé le taux du prontosil dans le sérum sanguin, pour comparer les deux concentrations.

Les recherches ont montré que ces trois espèces de prontosils passent dans le liquide céphalo-rachidien, mais dans des proportions qui varient nettement d'un corps à un autre et d'un sujet à un autre. C'est la base qui passe le moins facilement dans le liquide céphalo-rachidien. Les concentrations pour la base sont bien moindres dans le liquide céphalo-rachidien (0 milligr. 035 pour 100 gr.) que dans le sérum (10 milligr. 1 pour 100 gr.). En ce qui concerne le produit soluble, la différence est également grande (0,025 contre 5 milligr. 2 pour 100 gr.). Le *p*-aminobenzolsulfonamide, qui constitue le produit actif de désintégration de la base et du prontosil soluble, se retrouve aussi bien dans le sérum que dans le liquide céphalo-rachidien.

Des recherches ont été poursuivies dans 9 cas de méningite, dont 7 étaient des formes purulentes sévères et 2 des formes plus atténuées. Dans tous ces cas, les divers prontosils ont pu être retrouvés. La barrière hémato-encéphalique est facilement franchie quand il y a méningite purulente. Dans un cas cependant, il a fallu deux jours de la dose usuelle de 1 gr. 8 par jour de base pour que celle-ci fût décelée dans le liquide céphalo-rachidien. Chez cette même malade, le prontosil soluble apparut dans le liquide dès le lendemain de l'administration. Dans un cas, on a retrouvé du *p*-aminobenzolsulfonamide après administration de prontosil coloré, alors que ce dernier n'était pas encore constaté. Dans un cas particulièrement sévère, où les doses administrées furent élevées, on a retrouvé 25 γ pour 100 gr. dans le liquide céphalo-rachidien.

Dans les méningites légères, le passage s'est fait beaucoup moins facilement; on ne constate aucun colorant dans le liquide céphalo-rachidien. Dans ces cas, d'ailleurs, le produit de désintégration ne fut pas recherché. Ainsi, dans les méningites séreuses, la barrière hémato-encéphalique ne peut être franchie qu'avec des doses fort élevées.

Sur les 7 cas sévères, 2 furent guéris, de même d'ailleurs que les deux autres malades à forme légère. Etant donné les concentrations du prontosil, ou des produits de désintégration rencontrés dans le liquide céphalo-rachidien de ces malades, il y a lieu d'espérer qu'avec ces nouveaux médicaments, on possède un moyen de lutter contre la plus sévère des complications des suppurations de l'oreille.

P.-E. Morhardt.

F. W. Schimmelpfeng. ***L'excrétion d'histidine par l'urine, en cas de syndrome mélancolique*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 45, 6 Novembre 1937, p. 1567-1570). — Un certain nombre de recherches ont contribué à établir qu'en cas de mélancolie, les fonctions du foie étaient altérées et que la méthode interférométrique permettait de constater une désintégration anormale du tissu hépatique. Les méthodes cliniques usuelles dans lesquelles on a recours au lévulose, au galactose ou à la bilirubine ne donnent rien parce qu'elles sont trop grossières. Par contre, la recherche de l'histidine dans l'urine utilisée par Kapeller-Adler pour faire le diagnostic de la grossesse doit, d'après les recherches récentes, constituer un moyen de déceler une inhibition hépatique. Effectivement, le foie se montre, dans les circonstances ordinaires, capable de détruire l'histidine.

En recherchant ce corps d'une façon systématique, chez des sujets atteints d'affections diverses, S. a obtenu 83 fois un résultat positif. Dans 49 de ces cas, il y avait syndrome mélancolique. Parmi les 34 cas qui ne présentaient pas ce syndrome, figuraient 26 malades présentant des phénomènes psychiques et des lésions organiques (encéphalite, hémorragie cérébrale, syphilis nerveuse, paralysie générale, tuberculose, intoxication). Chez les 8 sujets restants de ce groupe, il s'agissait de syndromes psychiques purs (schizophrénie, atrophie cérébrale sénile, syndrome neurasthénique).

Sur les 49 cas présentant un syndrome mélancolique, il en est 7 seulement qui avaient des lésions organiques. Il s'agissait 18 fois de dépressions endogènes, 12 fois de réactions psychopathiques, 5 fois de schizophrénie, etc. En somme, chez les sujets non atteints de lésions organiques, l'histidine a été retrouvée dans l'urine 42 fois en cas de psychose avec syndrome mélancolique et 8 fois en cas de psychose sans ce syndrome. Il doit donc exister certaines relations entre la mélancolie et l'histidine, relations qui, d'ailleurs, seraient plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes.

On est donc amené à admettre que dans ces affections mentales, il y a altération des fonctions hépatiques. Cette hypothèse est confirmée par le fait que, d'après le Crinis, on trouve fréquemment chez ces malades un ictère palatin, c'est-à-dire une coloration jaunâtre, d'intensité variable, affectant le palais mou. Il a semblé, dans quelques cas, que la sévérité de l'état mental était parallèle à la teneur de l'urine en histidine.

D'autre part, chez les 8 sujets présentant de l'histidine, mais pas de syndrome mélancolique, l'observation ultérieure a montré, à plusieurs reprises, l'apparition de symptômes de dépression.

L'apparition d'histidine dans l'urine s'accompagne donc — quand toute affection organique est exclue — d'une fréquence anormale d'histidine dans l'urine.

P.-E. Morhardt.

A. Lindenberg. ***Etiologie du pemphigus*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 45, 6 Novembre 1937, p. 1577-1580). — Les recherches de L. ont été poursuivies au sujet d'une maladie, le *fogo selvagem* (feu sauvage), affection très analogue au pemphigus foliacé et très fréquente au Brésil. Dans la clinique dermatologique de Saô-Paulo, L. en compte 15 cas sur 70. Cette maladie sévit exclusivement dans le Brésil Central, entre le 15° et le 23° degré de latitude et se localise dans certaines régions en constituant des foyers. La nature infectieuse est généralement admise au Brésil, à cause de la tendance à créer des endémies et à frapper bien souvent deux sujets dans la même famille.

Les recherches exécutées par L. pour déterminer la nature de la maladie ont consisté à utiliser le plus souvent des lapins et des cobayes, auxquels du sang ou du sérum de malades atteints des quatre types de pemphigus (pemphigus vulgaire, dermatite de Duehring, pemphigus végétants ou *fogo selvagem*) avait été injecté. Au total 108 animaux furent inoculés. Chez les lapins, on a constaté environ 20 fois sur 100 l'apparition d'éléments végétants, plus souvent encore de lésions faisant songer à une dermatite plutôt non spécifique mais possédant au microscope l'aspect typique du pemphigus foliacé. Les mêmes phénomènes ont été constatés dans quelques cas chez les cobayes. Dans l'ensemble, l'affection apparaît plus facilement et évolue plus rapidement chez l'animal que chez l'homme. Mais on ne constate pas l'apparition de phlyctènes, de sorte que seul l'examen microscopique est significatif.

Au point de vue pathologique, le pemphigus doit être considéré comme une inflammation exsudative entraînant des processus lytiques de l'épiderme et accompagné de phénomènes inflammatoires (réactions vasculaires, prolifération de l'épithélium, migration des leucocytes dans l'épiderme avec production de micro-abcès). Chez les animaux par contre, c'est surtout l'hypertrophie qu'on constate.

Les expériences faites ont établi que l'agent pathogène circule dans le sang, car l'inoculation de sang a donné des résultats positifs, même dans des régions éloignées du lieu d'inoculation.

L. a également établi que si les quatre types de pemphigus provoquent chez l'animal les mêmes phénomènes cliniques et microscopiques, par contre, l'affection observée au Brésil semble occuper une place spéciale par sa tendance à l'extension.

P. E. Morhardt.

THE AMERICAN JOURNAL OF PATHOLOGY
(Boston)

L. Gross et **B. M. Fried.** ***Rôle joué par le rhumatisme articulaire aigu dans l'implantation de l'endocardite bactérienne*** (*The American Journal of Pathology*, t. **13**, n° 5, Septembre 1937, p. 769-799). — Etude anatomique macroscopique et microscopique du cœur dans 42 cas d'endocardite bactérienne subaiguë et 28 cas d'endocardite bactérienne aiguë. G. et F. montrent que, tandis qu'il n'existe pas de démarcation nette entre ces deux états et que toute une série de lésions leur sont communes, certaines particularités cliniques, bactériologiques et anatomo-pathologiques fournissent une aide importante pour classer les cas dans ces deux catégories. Une caractéristique histologique diagnostique de premier ordre est la lésion spongieuse (amas de canaux largement anastomosés formant un système caverneux dérivant vraisemblablement de la dilatation des capillaires dans une zone hypercapillarisée), qui, sous sa forme typique, se rencontre presque exclusivement dans l'endocardite bactérienne subaiguë.

Grâce à la présence de certains stigmates histologiques du rhumatisme articulaire aigu, il est possible de reconnaître les cas d'endocardite bactérienne greffés sur des lésions rhumatismales antérieures. 75 pour 100 des cœurs examinés avaient été le siège d'un processus rhumatismal antérieur. G. et F. fournissent des arguments indiquant que l'activité d'une infection rhumatismale n'est point un avant-coureur nécessaire du développement d'une endocardite bactérienne. Des nodules d'Aschoff furent trouvés dans 30 pour 100 des cas d'endocardite bactérienne aiguë et subaiguë greffée sur des lésions rhumatismales. G. et F. apportent des faits parlant plus en faveur d'un réchauffement de ces cas sous l'influence de l'infection bactérienne que d'une activité du processus rhumatismal intervenant pour prédisposer à l'endocardite bactérienne.

G. et F. pensent que certaines conditions interviennent pour prédisposer l'endocarde à l'implantation des bactéries. Ce sont la production de nécrose éosinophilique le long de la ligne de fermeture des valves ainsi que les lésions thrombosiques, prolifératives et nécrotiques à ce niveau. Certaines de ces altérations sont réalisées par les conditions hémodynamiques existant dans les affections valvulaires congénitales et acquises. D'autres relèvent probablement de processus inflammatoires, dégénératifs ou toxiques. Les altérations de l'endocarde, conjointement à la tension intracardiaque, semblent prédisposer le tissu endocardique à l'implantation des bactéries en procurant un point de fixation convenable aux bactéries circulantes. Certaines de ces conditions sont présentes au niveau des valvules des sujets non rhumatisants, mais moins fréquemment qu'au niveau des valvules atteintes par le rhumatisme. Il ne semble pas que la vascularisation qui se produit dans les valvules des rhumatisants joue un rôle appréciable dans l'implantation de l'endocardite bactérienne.

P.-L. Marie.

S. L. Wilens. ***L'élasticité « post mortem » de l'aorte humaine chez l'adulte. Ses rapports avec l'âge et la répartition de l'athérome de la tunique interne*** (*The American Journal of Pathology*, t. **14**, n° 5, Septembre 1937, p. 811-835). — L'élasticité *post mortem* de l'aorte, mesurée par la faculté qu'ont des portions excisées de se rétracter à la suite de leur extension, est une propriété constante et durable qui ne varie qu'avec l'âge. Chez l'adulte jeune l'élasticité est à peu près égale dans toutes les zones ainsi que dans les directions transversale et longitudinale. L'âge augmentant, il se produit une perte progressive d'élasticité qui est variable dans les différentes zones, mais qui marche à une allure constante dans une zone déterminée et atteint tous les sujets à peu près au même degré. Cette diminution d'élasticité est liée à un défaut de rétraction de la part des fibres élastiques prises en particulier et s'accompagne de la perte de l'aspect ondulé lors du relâchement ; elle est proportionnelle à l'élargissement du vaisseau.

La diminution de l'élasticité se produit en premier lieu et marche plus rapidement dans les zones qui sont fixées le plus rigidement *in situ* et dans le plan longitudinal. Ces zones sont celles qui pendant la vie peuvent le moins se mobiliser à chaque pulsation.

Le développement des plaques d'athérome de l'intima n'est pas directement lié à cette perte d'élasticité. Une intima fortement épaissie peut diminuer l'élasticité de la media jusqu'à un certain point. La perte de l'élasticité de la media marche aussi rapidement chez les sujets chez lesquels se développe un léger athérome de l'intima que chez ceux qui présentent de profondes altérations. Les accumulations les plus précoces et les plus marquées de corps lipoïdiques dans l'intima apparaissent dans les zones qui sont sujettes à la perte d'élasticité la plus précoce et la plus marquée. Pour expliquer cette coïncidence, W. admet que la substance lipoïdique ne reste pas nécessairement en place à son point de pénétration dans l'intima, mais peut émigrer sous l'influence des mouvements du vaisseau pour aller se loger dans les parties les moins élastiques et les moins mobiles. La perte de l'élasticité avec l'âge se produit constamment dans une artère, l'artère pulmonaire, qui n'est pas habituellement le siège de plaques d'athérome dans l'intima.

P.-L. Marie.

ARQUIVO DE OBSTETRICIA E GINECOLOGIA
(Lisbonne)

Horta e Monteiro. ***Un cas d'hémangiome de la mamelle*** (*Arquivo de Obstetricia e Ginecologia*, vol. **II**, n° 3, Août 1937, p. 699). — H. et M. rappellent la rareté des angiomes du sein, spécialement de ceux qui se constituent dans le parenchyme de la glande mammaire. Ils rappellent aussi que jusqu'à présent on ne connaît guère qu'une dizaine de ces cas. Ils exposent la confusion possible des angiomes du parenchyme avec des tumeurs extra-glandulaires qui secondairement envahissent la glande proprement dite. Enfin, H. et M. démontrent que leur cas est, non seulement du point de vue anatomique, mais aussi du point de vue clinique, un cas d'hémangiome du sein. L'article est accompagné de planches macroscopiques et microscopiques.

Lopo de Carvalho (neveu).

FOLIA ANATOMICA UNIVERSITATIS CONIMBRIGENCIS
(Coimbra)

Egas Moniz. ***Visibilité de la jugulaire interne chez le vivant*** (*Folia Anatomica Universitatis Conimbrigencis*, vol. **12**, n° 7, p. 1). — M. expose les difficultés qu'il a rencontrées pour cette phlébographie, parce que la jugulaire interne est le collecteur du sang provenant, non seulement des territoires irrigués par la carotide interne (qui conduit le liquide opaque), mais aussi de ceux dont l'irrigation est assurée par les branches des artères vertébrales et du tronc basilaire

Après quelques considérations sur la visibilité ou non-visibilité de cette veine, E. M. décrit la technique étudiée par lui. L'article se termine par une exposition des variations de forme et de position de la jugulaire interne, rencontrées par E. M. dans ses phlébographies. On acquiert ainsi de nouvelles connaissances pour l'étude de l'anatomie de cette veine.

Lopo de Carvalho (neveu).

ACTA RADIOLOGICA
(Stockholm)

Axel Renander. ***Le traitement radiologique de l'actinomycose*** (*Acta radiologica* [Supplementum **35**], Stockholm 1937). — Dans cet intéressant volume de 76 pages, R., après une étude des modes de pénétration des actinomyces, de leurs localisations habituelles, des résultats du traitement combiné par l'iode et les interventions chirurgicales, fait un historique du traitement radiologique dont les six premiers succès furent publiés par Bevan, en 1905. Après un exposé de la technique de cette radiothérapie, Bevan passe à l'étude statistique des cas traités dans les services des Prof. Forssell et Berven. Voici ses conclusions :

52 cas, vérifiés au microscope, ont été soumis à la radiothérapie à Radiumhemmet, à l'Institut Rœntgen de l'Hôpital Serafimer et à l'Institut privé du Prof. Forssell.

31 cas appartenaient à la *forme cervico-faciale* ; 26 cas ont guéri, dont 21 avec disparition des symptômes en 6 mois, le traitement le plus long ayant duré 2 ans et demi ; 5 sont morts par propagation à la base du crâne, au médiastin et au poumon, par propagation pyémique par suite d'hémorragies.

13 cas étaient *abdominaux*, localisés 12 fois à la région iléo-cæcale et 1 fois au côlon transverse, et ils n'ont donné que 5 guérisons (38,5 pour 100).

1 cas de l'*appareil génital de la femme* qui fut mortel.

3 cas *thoraciques* tous mortels.

2 cas *cutanés* guéris.

2 cas sans point de départ connu et tous deux mortels.

Bibliographie. P. Grisel.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Bâle)

G. L. Decoppet. ***Diagnostic précoce des tumeurs de la partie inférieure de l'anse sigmoïde*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **67**, n° 12, 20 Mars 1937, p. 241-244). — Dans les troubles du transit de la partie inférieure de l'anse sigmoïde, on doit penser tout d'abord à des lésions inflammatoires spécifiques du côlon et, notamment, à la tuberculose, à la syphilis et à l'actinomycose, lésions qui peuvent toutes entraîner des rétrécissements et des symptômes d'iléus chronique. Pratiquement, les tumeurs épithéliales, les polypes et la polypose intestinale, ainsi que les carcinomes, ont plus d'importance.

En ce qui concerne les polypes, il s'agit au début d'une simple hypertrophie de la muqueuse, hypertrophie qui se pédiculise peu à peu où qui peut aussi donner lieu à des productions villeuses. D'une façon générale, ces polypes augmentent de fréquence au fur et à mesure qu'on se rapproche de la terminaison de l'intestin. La polypose a une tendance particulière à présenter une dégénérescence maligne et débute par des alternatives de constipation et de diarrhée, par du ténesme, etc

Sur 30 cas de tumeur de la partie inférieure de l'S iliaque observés par D., il n'en est pas qui ne relevait pas d'un carcinome.

La plupart des carcinomes du côlon constituent pendant longtemps une tumeur bien limitée, ce qui facilite l'opération radicale. Parmi les tumeurs rares de cette région, on doit encore signaler le sarcome et la lymphogranulomatose isolée.

Les coliques intestinales ont constitué dans presque tous les cas un des premiers symptômes de la sténose produite par la tumeur. Cette sténose peut d'ailleurs parfois entraîner une ulcération, voire même une perforation. Les contractions du côlon peuvent s'observer, mais seulement par intermittence et ne constituent par conséquent pas ce que les auteurs appellent « cordes coliques ». Les alternatives de diarrhée et de constipation sont également fréquentes et les selles extrêmement fétides. De plus, le besoin de déféquer ne se satisfait pas complètement. Des symptômes du côté de la vessie, des douleurs lombaires et sciatiques peuvent être également observés.

Parmi les méthodes d'examen, figure l'interrogatoire qui peut fournir des renseignements utiles relatifs aux douleurs, à l'inappétence et à l'amaigrissement. La palpation bimanuelle et l'insufflation de gaz qui est d'une pratique assez simple peuvent aussi fournir des données. La rectosigmoïdoscopie doit être pratiquée systématiquement, dès qu'on soupçonne une tumeur de la partie terminale du côlon, examen qui se terminera éventuellement par une biopsie.

L'examen aux rayons Roentgen doit être considéré comme le plus important ; il est malheureusement pratiqué trop tard. La radiographie doit être prise dans un diamètre transversal, de façon à bien voir l'anse sigmoïde. Cet examen est suivi de la radioscopie d'un lavement opaque.

P.-E. Morhardt.

H. Cairns. ***Résultat du traitement des tumeurs intracraniennes*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **67**, n° 44, 30 Octobre 1937, p. 1037-1043). — En matière de diagnostic et de technique chirurgicale des tumeurs intracraniennes, on est arrivé aujourd'hui, d'après C., à des résultats assez importants pour motiver une revue d'ensemble. La mortalité opératoire est cependant assez peu connue. Dans la clinique de C., cette mortalité s'est élevée, au cours de 1936, sur un total de 54 opérations, à 11,1 pour 100. Au cours des huit années antérieures, les proportions étaient sensiblement plus élevées (28 et 15 pour 100). On ne doit d'ailleurs pas chercher à abaisser exagérément la mortalité opératoire aux dépens des résultats tardifs qui, eux aussi, sont importants.

C. a eu l'occasion de revoir au bout de neuf ans les 157 malades opérés en 1926-1927 dans la clinique de Cushing. Sur ce nombre, 22 étaient morts à l'hôpital, parmi les survivants 63 (soit 40 pour 100) vivaient encore sept ans plus tard et 37 (23 pour 100) menaient une vie utile. Ce sont les méningiomes, les adénomes hypophysaires, les cholestéatomes et les granulomes qui donnent les meilleurs résultats tardifs. En somme, 50 pour 100 des tumeurs cérébrales sont des cas favorables pour le traitement chirurgical, le reste n'étant pas influencé par l'intervention.

Au point de vue du siège, il y a lieu de remarquer que les tumeurs de la moelle allongée et de la protubérance ne sont guère susceptibles d'être opérées, car la moindre intervention dans ces régions peut entraîner la mort. Chez un homme de 25 ans, présentant les symptômes d'une lésion de la moelle allongée, une opération montra l'impossibilité d'intervenir et la mort survint cinq jours plus tard.

Dans un autre cas de gliome de la protubérance, on procéda à une intervention au cours de laquelle on arriva sans difficulté à décomprimer le cervelet, mais le malade mourut six heures plus tard, vraisemblablement par modification brusque de la position de la tumeur. En pareil cas, surtout s'il s'agit d'astrocytomes qui croissent lentement, il est donc préférable de recourir aux rayons Roentgen. Dans un cas de ce genre, on a constaté, après roentgenthérapie, une amélioration qui a persisté plus de cinq ans, ce qui, en tout cas, constitue un résultat très supérieur à ce qu'aurait pu donner l'opération.

Les tumeurs extramédullaires de la fosse postérieure sont sensiblement plus fréquentes que les tumeurs de la moelle ou de la protubérance. Elles ont pour caractère d'augmenter les protéines du liquide cérébrospinal. Dans un cas de tumeur de l'acoustique, le problème qui se posait était de savoir si on pourrait enlever une fraction suffisante de la tumeur pour supprimer les symptômes les plus importants sans toucher au facial, chose importante, car il s'agissait d'une comédienne. L'intervention réussit malgré divers incidents et six mois plus tard la malade avait pu reprendre sa profession. Mais, en pareil cas, on ne peut pas prévoir la position exacte du facial, de sorte qu'on n'arrive pas toujours au cours d'une extirpation subtotale à épargner ce nerf. Dans ce cas, la moitié latérale de l'hémisphère cérébelleux fut enlevé sans que la malade présentât autre chose qu'une très légère ataxie droite.

Les tumeurs du cervelet peuvent souvent être enlevées avec succès. Les tumeurs intramédullaires du mésocéphale donnent, par contre, des résultats constamment mauvais ; il est difficile d'éviter l'hémianopsie. Il en est de même dans les tumeurs de la glande pinéale. Dans un cas diagnostiqué tumeur de l'épiphyse et où il s'agissait peut-être d'une sténose de l'aqueduc de Sylvius, la décompression subtemporale a fait disparaître les symptômes.

P.-E. Morhardt.

R. Luchsinger. ***Traitement des sténoses du larynx en cas de position médiane bilatérale des cordes vocales*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **67**, n° 45, 6 Novembre 1937, p. 1065-1068). — Il a été proposé toute une série d'interventions chirurgicales pour parer aux inconvénients graves qui résultent de la paralysie bilatérale des récurrents. Ces méthodes n'ont pas donné des résultats bien remarquables, de sorte que Fröschels a été amené à proposer une méthode conservatrice, ayant pour but d'améliorer la respiration et d'agir favorablement sur l'émission de la voix. Cette méthode consiste à enseigner à pratiquer le « coup de glotte ».

Depuis 1921, L. a eu l'occasion d'observer 11 malades de ce genre chez lesquels il a pratiqué systématiquement la trachéotomie inférieure ou supérieure et auxquels il a fait porter une canule pour parler. Cette méthode permet de conserver complètement la voix et de libérer d'une façon sûre la respiration. En outre, on a appliqué la méthode de Fröschels ainsi que la faradisation. L'observation résumée de ces 11 malades est donnée et montre qu'on peut schématiquement les répartir en 3 groupes. Dans le premier groupe qui comprend 7 malades, il est apparu, immédiatement après l'opération du goitre, de la raucité de la voix. Dans le deuxième groupe, on en fait figurer 3, chez lesquels une première intervention sur le goitre a entraîné de la raucité post-opératoire, puis une deuxième opération de la dyspnée qui a exigé une trachéotomie. Dans le troisième groupe, figure un seul cas, où il s'agit d'une paralysie récurrentielle bilatérale d'origine centrale.

Tous ces malades utilisent la canule et ne veulent pas s'en passer. La bouche de la trachéotomie n'a eu qu'exceptionnellement besoin d'un traitement pour granulations, etc. Chez tous ces malades, l'examen du larynx a montré que les cordes vocales étaient en position paramédiane avec stridor inspirateur et gêne respiratoire. Dans tous ces cas, une seule corde vocale s'est montrée complètement immobile.

Chez tous ces malades, la voix était pleine, avant comme après le traitement. La voix féminine a toujours été conservée. La tenue du son était réduite à une durée de trois à quinze secondes. La capacité vitale a été augmentée dans tous les cas par la canule trachéale. Dans un cas concernant une femme âgée, le traitement purement conservateur a donné des résultats satisfaisants. Dans l'ensemble, L. considère que les méthodes ainsi appliquées sont recommandables.

P.-E. Morhardt.

E. Bürgi. ***Action des pigments végétaux sur les plaies cutanées*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **67**, n° 50, 11 Décembre 1937, p. 1173-1176). — B., qui avait déjà eu l'occasion de constater que la chlorophylle exerce une action cicatrisante marquée sur les plaies, a procédé à des comparaisons entre cette substance et la vitamine A, le carotène, la xanthophylle ainsi que la lactoflavine. Au cours de ces recherches, il a utilisé surtout des lapins. Il a ainsi constaté que la chlorophylle à 10 pour 100 active beaucoup plus la cicatrisation que les autres substances utilisées. Les préparations contenant de l'huile de foie de morue ou simplement des vitamines A et D se sont montrées moins actives. Le carotène a été encore moins actif et les autres corps sans aucun effet.

L'extrait de chlorophylle utilisé par B. ne doit contenir que des quantités extrêmement minimes de vitamine. Les effets constatés doivent donc être attribués exclusivement à la chlorophylle qui, d'ailleurs, s'est montrée active à des proportions aussi faibles que 0,05 pour 100.

Actuellement, les recherches expérimentales de B. sont poursuivies au point de vue clinique par O. Naegeli qui s'occupe de préciser les effets obtenus chez l'homme au moyen de la chlorophylle en application locale.

P.-E. Morhardt.

CASOPIS LEKARU CESKYCH
(Prague)

Albert. ***Intérêt de la sonde à demeure dans le traitement des lésions cholédociennes*** (*Casopis lekaru ceskych*, t. **76**, n° 26, 2 Juillet 1937, p. 1057-1059). — En 1930, une femme de 29 ans, atteinte de lithiase biliaire, fut opérée par A. Au cours de l'intervention, il constata l'existence d'une sclérose vésiculaire assez marquée, avec fistule cholécysto-duodénale. Le cholédoque fut endommagé, si bien qu'il fallut le restaurer artificiellement à l'aide d'un drain de caoutchouc, mené jusqu'à l'ampoule de Vater. Les suites opératoires furent normales et la guérison parfaite. Cependant, au bout d'un an, des malaises reparurent (frissons, fièvre, vomissements) qui imposèrent une réintervention. Celle-ci fut pratiquée en 1932, quinze mois après la première. A cette occasion la duodénotomie, avec discission de la papille, montra que le drain de caoutchouc s'était déplacé vers le hile du foie et que les voies biliaires, reconstituées dans leur intégrité, s'étaient notablement élargies. Le drain fut extrait et la guérison s'avéra, par la suite, définitive. Cet exemple corrobore les idées émises en 1925 par Jedlicka et montre l'intérêt, en cas de lésions des voies biliaires principales, d'une restauration artificielle par drain de caoutchouc.

Barta. ***Méthodes nouvelles pour le diagnostic sérologique des cancers*** (*Casopis lekaru ceskych*, t. **76**, n° 26, 2 Juillet 1937, p. 1059-1063). — Les deux épreuves, récemment préconisées, que B. étudie sont la réaction de Klein et celle de Sehrt. La première se pratique au « Biolaboratorium de Ludwigshafen » si bien qu'en raison des difficultés que comporte le transport du sang à grande distance, il a dû se borner à expérimenter personnellement la seconde. Ses observations portent sur un lot de

116 sujets répartis en trois groupes : le premier, celui des témoins, comprenait 11 personnes, venues à la clinique à la suite de traumatismes courants. La réaction fut toujours négative. Le second comprenait 56 personnes atteintes de cancers variés, cliniquement certains, et parfois même confirmés par l'histologie (28 cas). La réaction s'est montrée positive dans 95 pour 100 des cas. Enfin, le troisième groupe de 36 personnes était constitué par des malades indemnes de cancer, porteurs de tumeurs bénignes vérifiées histologiquement dans la moitié des cas. La réaction a été négative 95 fois sur 100. Sans vouloir juger la valeur d'une épreuve qui mérite l'extension et la continuation des recherches commencées, B. pense que cette méthode pourra peut-être avoir plus d'intérêt que les méthodes analogues, abandonnées en général après un certain temps.

Blaha. ***Importance, diagnostic et interprétation de l'examen radiologique des seins*** (*Casopis lekaru ceskych*, t. **76**, n° 26, 2 Juillet 1937, p. 1064-1071). — Bien que de notion relativement récente, la radiographie mammaire apporte indiscutablement des renseignements intéressants et utiles pour le diagnostic des inflammations subaiguës ou chroniques, des tumeurs bénignes ou malignes de seins. Les 41 femmes observées à ce point de vue par B. présentaient soit un cancer (18), soit une mastite chronique (16), soit un adénome et ses conclusions sont les suivantes : 1° Dans la plupart des cas l'examen radiologique est simple et facile. Il n'exige aucun laboratoire ni aucun outillage spécial; 2° L'image radiologique des mastites et celle du cancer sont presque toujours si caractéristiques qu'il est aisé de distinguer l'un et l'autre de ces deux processus; 3° Bien qu'elle ne puisse prétendre remplacer la vérification histologique, la radiologie est un précieux auxiliaire de la clinique dont l'utilisation s'impose chaque fois que les circonstances rendent impossible le contrôle anatomique; 4° L'interprétation précise et sûre des clichés exige une certaine expérience.

Faltis. ***Rapports du système neuro-végétatif et de l'appareil urinaire*** (*Casopis lekaru ceskych*, t. **76**, n° 26, 2 Juillet 1937, p. 1088-1091). — L'appareil urinaire est innervé par des voies nerveuses préganglionnaires nées des cornes latérales de la moelle épinière, dans ses segments thoraciques inférieur et lombaire supérieur, suivant sans interruption le trajet des rami communicantes, dans le tronc du sympathique et se terminant dans les ganglions préaortiques d'où repartent les fibrilles post-ganglionnaires vers les reins, les uretères et la vessie. L'importance du régime circulatoire dans l'activité fonctionnelle des reins est telle que de simples irritations réflexes du sympathique peuvent entraîner oligurie et même anurie. Deux cas d'anesthésie du splanchnique et un cas de sympathectomie lombaire ont permis à F. d'apprécier l'influence de l'innervation sur la sécrétion urinaire. Le réservoir musculaire vésical et son évacuation sont placés sous la dépendance des nerfs pelviens parasympathiques, tandis que les nerfs hypogastriques n'exercent qu'une action frénatrice. Les voies sensitives rénales suivent le trajet des splanchniques, tandis que les voies sensitives vésicales appartiennent à l'hypogastrique. L'anesthésie de Kappis, préconisée pour les interventions, les coliques néphrétiques et les anuries réflexes, a été utilisée dans un cas de tumeur du pôle supérieur du rein, qui entraînait une anurie complète. L'énervation de l'apin peut être utilisée dans les cas de sympathicotonie rénale, d'hydronéphroses moyennes et de reins douloureux. Elle est aussi préconisée dans l'hypertonie essentielle. La résection des rami communicantes est, en général, de trop grande importance; enfin, la résection des nerfs présacrés, dans les cas de ténesme accentué permanent, peut être indiquée au cours des cystites torpides et des tumeurs malignes de la vessie.

Frank. ***Quelques remarques sur la sensibilité du péritoine et les organes de la cavité abdominale*** (*Casopis lekaru ceskych*, t. **76**, n° 26, 2 Juillet 1937, p. 1096-1097). — L'innervation du péritoine et ses connexions avec l'axe cérébrospinal ont été établies par les travaux de Dogiel, Ramström et d'autres auteurs. Des terminaisons nerveuses, particulières au péritoine pariétal, ont été individualisées, par exemple du type Vater-Pacini et le trajet des nerfs péritonéaux a été précisé depuis leur origine jusqu'à leur terminaison. La sensibilité péritonéale n'est donc pas douteuse.

La sensibilité des organes abdominaux n'est pas moins certaine, les coliques viscérales et les crises douloureuses le prouvent quotidiennemnt, de même que les recherches faites au cours de manœuvres opératoires sous anesthésie locale. La perception des sensations est rendue possible par les nerfs végétatifs qui les transmettent aux voies sensitives médullaires.

L'intérêt de ces constatations réside dans: *a*) La connaissance des zones hypersensitives de Head, étudiées surtout par James Mackensie, David Ligat et d'autres; *b*) Dans le phénomène de Leamire dont les applications ne sont pas valables dans la mesure qu'il indique lui-même. Les douleurs spontanées ou provoquées ne sont pas supprimées par la seule anesthésie d'une certaine zone de Head. A l'appui de ces conclusions, F. cite deux intéressantes observations.

Glucksmann. ***Influence des irradiations infrarouges et ultra-violettes sur l'élimination des fils de soie*** (*Casopis lekaru ceskych*, t. **76**, n° 26, 2 Juillet 1937, p. 1101-1103). — Pour étudier l'effet des irradiations sur l'élimination des fils de soie, G. a choisi la région abdominale, en raison du grand nombre d'opérations qui s'y imposent et des conséquences post-opératoires des divers procédés de suture. Ses techniques d'irradiation furent : au début irradiation infra-rouge par lampe Sollux de vingt-cinq à trente minutes, pratiquée d'assez près pour que le sujet éprouve une très forte sensation de chaleur, puis, après un bon repos de cinq minutes, irradiation avec la lampe Perrihel, pendant cinq à huit minutes, à une distance de 30 cm. Pour l'application de cette méthode, il convient de distinguer les plaies opératoires aseptiques, cicatrisées par première intention, et les plaies suppurées, après interventions septiques et drainage, dans lesquelles le moment le plus favorable à l'irradiation se situe entre le 25e et le 35e jour. Dans le premier cas, le résultat souhaité n'a été obtenu que 2 fois sur 15. Dans le second, le succès est beaucoup plus fréquent et s'obtient assez régulièrement en trois à six semaines. Ces recherches méritent d'être poursuivies, en tenant compte du facteur important que constitue l'allergie de l'organisme à l'égard de la soie.

Hand. ***Les embolies hépatiques post-opératoires*** (*Casopis lekara ceskych*, t. **76**, n° 26, 2 Juillet 1937, p. 1116-1120). — Après un bref rappel des particularités physiologiques du régime circulatoire normal, H. répartit en trois groupes les anomalies circulatoires hépatiques, dans le cadre de son sujet, domaine de la veine porte, de l'artère hépatique et de la veine hépatique. Les deux premiers sont de beaucoup les plus intéressants et les plus importants. L'oblitération embolique dans le domaine porte se voit surtout sur le tronc principal ou sur ses ramifications intra-hépatiques. Elle survient en général après les interventions chirurgicales effectuées sur son territoire, et, le plus souvent, par suite soit d'une thrombose pré-existante dans la région considérée, soit d'une embolie proprement opératoire (ligatures vasculaires, au cours de résection intestinale, veines thrombosées par compression, pour reposition ou résection). Dans le foie, comme le prouvent les vérifications anatomiques, les embolies des ramifications veineuses ont pour conséquences un infarctus hémorragique ou ischémique, avec nécrose de la zone parenchymateuse correspondante, désormais privée de toute activité fonctionnelle et dont l'importance peut mettre la vie du malade en danger. On peut observer d'autres fois les infarctus rouges atrophiques de Zahn, avec dégénérescence sclérocyanotique du parenchyme. L'image clinique de ces accidents est presque toujours très pauvre, et la symptomatologie immédiate très peu caractéristique.

La séméiologie est plus discrète encore quand il s'agit d'une embolie d'une branche de l'artère hépatique. Mais, dans ces cas, le siège de l'oblitération devient beaucoup plus important que dans le groupe précédent. En conséquence, les foyers de nécrose ischémique sont d'observation plus fréquente que les infarctus artériels anémiques. Leur origine est variable. Le « Foramen ovale non accretum » en est parfois paradoxalement le siège après une intervention susceptible de mobiliser un thrombus pré-existant ou de provoquer une embolie.

La mort est parfois la conséquence de ces complications post-opératoires, mais, pour juger de leur gravité, il faut tenir compte non seulement de leur siège et de leurs rapports intraparenchymateux, mais aussi de leurs répercussions métaboliques en raison de la déficience fonctionnelle du foie.

AGOCHOLINE DU Dr ZIZINE



GRANULÉ SOLUBLE

(avec ou sans menthe)

(Peptone sèche purifiée + Sulfate de magnésie anhydre)

Cholecystites chroniques, Congestion du Foie

Lithiase biliaire, Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit } d'origine hépato - biliaire

Posologie : 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun dans un demi verre d'eau chaude

LABORATOIRES du Dr ZIZINE, 24, rue de Fécamp, Paris (12e)

En Argentine, en Uruguay, aux États-Unis, l'**Agocholine** s'appelle **Agezizine**

REVUE DES JOURNAUX

LE PROGRÈS MÉDICAL

(Paris)

M. Albeaux-Fernet et **H. Kohn**. ***La tache « hépatique »*** (*Le Progrès médical*, t. **64**, n° 50, 11 Décembre 1937, p. 1753-1758). — Les nævi et taches pigmentaires ont excité la curiosité depuis fort longtemps; c'est Paracelse qui semble avoir le premier parlé des taches hépatiques. L'expression allemande de « leberfleck » veut d'ailleurs dire taches de couleur du foie. Une très abondante littérature existe sur ce sujet. On en trouvera un résumé et la bibliographie dans cet article.

De nos jours, la tache hépatique ne comporte plus aucune signification dans la pathologie du foie. On la considère comme une variété de nævi : le nævus pigmentaire plan ou légèrement saillant. La majorité des auteurs estiment qu'il s'agit d'une néoplasie congénitale et fixée. Gougerot soutient la conception que les nævi sont des néoplasies bénignes, mais évolutives, apparaissant plus ou moins tardivement au cours de la vie, grossissant avec l'âge, régressant parfois spontanément, mais aboutissant quelquefois à l'épithéliome mélanique.

En raison de leur transformation possible en nævo-cancer, les taches hépatiques doivent être surveillées. Si elles sont inesthétiques, il faut s'abstenir de traitements intempestifs.

Robert Clément.

ARCHIV für KLINISCHE CHIRURGIE

(Berlin)

A. Fromme. ***L'importance des vitamines en chirurgie*** (*Archiv für klinische Chirurgie*, t. **189** (Rapports au Congrès), 30 Août 1937, p. 240-274).

H. Geissendörfer (Francfort). ***Recherches sur l'élimination de la vitamine C dans les maladies chirurgicales*** (*Archiv für klinische Chirurgie*, t. **189** (Rapports au Congrès), 30 Août 1937, p. 276-278).

H. J. Lauber (Marburg). ***Sur le métabolisme de la vitamine C dans les maladies chirurgicales et les opérations*** (*Archiv für klinische Chirurgie*, t. **189** (Rapports au Congrès), 30 Août 1937, p. 282-287). — De la très complète étude analytique et critique de F. sur l'importance du rôle des vitamines dans bien des affections chirurgicales, il faut surtout retenir les paragraphes qui traitent de la cicatrisation des plaies, sur la rapidité de production de laquelle l'apport en vitamines a une influence indéniable; de la pathogénie de l'ulcère gastrique par avitaminose; et de la raréfaction osseuse par manque de fixation de la vitamine D et par déperdition calcique, comme on le voit au cours des fistules biliaires complètes, expérimentales ou post-opératoires.

Les courtes communications de G. et de L. complètent ce travail documenté, en soulignant la déficience fréquente de l'organisme en vitamine C, le besoin qu'il en a et la nécessité d'y remédier.

Jean Patel.

L. Rathcke (Giessen). ***L'importance du thymus dans la maladie de Basedow. Thymus et hyperthyréose expérimentale*** (*Archiv für klinische Chirurgie*, t. **190**, fasc. 2, 20 Octobre 1937, p. 241-253). — La fréquence de la persistance et même de l'hypertrophie du thymus chez les basedowiens est une notion depuis longtemps classique; et ce n'est pas d'aujourd'hui que l'on sait que cette hyperplasie anormale de la glande représente, chez de tels sujets, un élément de gravité certaine.

Mais c'est beaucoup moins sous cet angle que d'un point de vue pathogénique que R. envisage les relations entre la thyroïde et le thymus. Celles entre la thyroïde et le lobe antérieur de l'hypophyse sont déjà connues, puisque quelques auteurs vont jusqu'à dire l'hyperpituitarisme primitif. Allant plus loin, R. estime et même prouve que cette synergie fonctionnelle s'étend également au thymus dont les cellules présentent tous les stigmates d'activité.

Jean Patel.

H. Eitel et **W. Trück** (Freiburg-i.-Br.). ***L'importance de la vitamine antiscorbutique dans le traitement des maladies chirurgicales*** (*Archiv für klinische Chirurgie*, t. **190**, fasc. 2, 20 Octobre 1937, p. 307-312). — Les besoins de l'organisme en vitamine C sont très grands à l'état normal, et encore plus au cours des infections, de la cachexie, ou pendant l'évolution des fractures. Or, comme l'apport alimentaire en est notoirement insuffisant, il y a lieu d'y suppléer par l'administration *per os* d'une quantité égale à au moins 300 milligr. par jour.

Jean Patel.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Berlin)

H. Taeger. ***Traitement du saturnisme par le calcium*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 46, 13 Novembre 1937, p. 1613-1615). — T., dans ce travail, discute l'idée de Schretzenmayr et Bauer, d'après qui, en cas de symptômes d'intoxication par le plomb (anémie intense, névrite récente, coliques, néphrite, etc.), des injections intraveineuses massives de calcium seraient indiquées. Les recherches étendues que T. a eu l'occasion de faire ne lui permettent pas de croire que cette méthode soit recommandable. Certains auteurs ont, il est vrai, établi des relations entre le comportement du plomb et celui du calcium de l'organisme : le plomb se dépose en effet là où il existe des réserves de calcium mobilisables. D'autre part, pour augmenter le calcium de l'organisme, il faut en même temps administrer des phosphates. Ainsi, le gluconate de calcium en injections intraveineuses ne peut permettre de créer des dépôts, car il est rapidement éliminé. En recherchant le plomb dans le sang et dans les urines, T. a pu constater que l'organisme s'adapte assez rapidement et que ce métal forme rapidement des dépôts. Toute modification de l'équilibre peut conduire à une augmentation passagère de l'élimination du plomb, en même temps qu'à une aggravation des symptômes d'intoxication. En tout cas, si l'administration de calcium augmente l'élimination du plomb, on doit craindre que ce médicament ne gêne les mécanismes naturels de défense que l'organisme possède.

Le point essentiel dans toute intoxication par le plomb est d'éviter la continuation de la résorption continue en faisant changer de profession, ou, en cas de forme aiguë, par laxatif si l'intoxication ne remonte pas à plus de douze à vingt-quatre heures. Quand les symptômes d'intoxication ont apparu, on doit éviter toute mesure capable de mobiliser les réserves de plomb et se borner par conséquent à une thérapeutique purement spécifique; on doit, en particulier, éviter de modifier par une alimentation particulière l'équilibre acide-base et, après les premiers symptômes aigus d'intoxication, l'organisme s'étant alors appauvri en calcium, on doit augmenter la ration de lait qui ne doit cependant pas dépasser un litre par jour. En outre, on peut donner pendant un certain temps de petites doses de calcium.

P.-E. Morhardt.

S. Lajos. ***Observations cliniques avec la « citrine » (vitamine P)*** [*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 46, 13 Novembre 1937, p. 1615-1617]. — Il arrive souvent dans certains états pathologiques que la vitamine C pure, sous forme d'acide ascorbique, reste sans action, alors que les jus de fruits crus se montrent efficaces. D'ailleurs, Rusznyak et Szent-Györgyi ont réussi à isoler du citron une substance cristalline, la « citrine », qui se montre capable d'augmenter la résistance des capillaires en cas de purpura vasculaire. Il s'agit là d'un mélange de substances appartenant au groupe des flavanones, groupe qui se distingue des flavones par une réactivité extraordinaire. La citrine se présente sous forme de cristaux jaune clair, difficilement solubles dans l'eau ou dans l'alcool, mais solubles dans les liquides alcalins, avec production d'une coloration jaune marquée.

L. a procédé à une série de recherches cliniques avec une solution de citrine fournie par Szent-Györgyi et contenant 25 ou 50 milligr. de substance sèche par centimètre cube.

Dans une première observation, il s'agit d'une femme de 26 ans atteinte de néphrite aiguë hémorragique qui guérit une première fois spontanément, puis qui reparaît. Au cours de la rechute, on administre de la citrine par injections intraveineuses à la dose de 200 milligr. par jour; sous cette influence on constate que les urines s'éclaircissent et que les érythrocytes disparaissent rapidement. Dans 4 autres cas de néphrite hémorragique, les résultats ainsi obtenus en un jour ou deux ont été également surprenants. La citrine augmente la résistance et diminue la perméabilité des vaisseaux, comme d'autres chercheurs l'avaient constaté antérieurement.

Les doses de citrine administrées ont varié de 25 à 300 milligr. Actuellement, on ne saurait encore préciser la posologie de ce produit. Il semble cependant qu'avec 50 à 100 milligr. on se rapproche de la quantité convenable permettant de saturer l'organisme. Au cours de ce traitement, il n'a d'ailleurs pu être constaté aucun effet secondaire attribuable à la citrine.

Dans 2 autres cas, l'un d'hémorragies intestinales et l'autre d'hémorragies gingivales, des résultats intéressants ont été également obtenus.

Des représentants du groupe des flavones, comme la quersétine et la rhamnétine, ont été utilisés, mais sans résultat. L'hespéridine n'a pas eu non plus d'effets satisfaisants.

P.-E. Morhardt.

G. Landes. ***La fréquence régionale de l'angine de poitrine et de la thrombose des coronaires*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 47, 20 Novembre 1937, p. 1644-1646). — L. a été frappé par la fréquence avec laquelle il a eu l'occasion d'observer à Solingen des troubles angineux allant de l'angine de poitrine nerveuse à la thrombose des coronaires. Il s'agit là d'ailleurs d'affections dont le diagnostic ne comporte pas de causes d'erreurs trop importantes. En ce qui concerne plus spécialement la thrombose des coronaires, il en a été observé par Morawitz à Leipzig 70 cas en cinq ans, par Holst à Holbäck (Danemark) 24 cas en trois ans.

par Kisch à Vienne 51 cas en cinq ans, tandis que L. en a vu 36 cas en dix-huit mois (1er Janvier 1936 au 1er Juillet 1937) sur un total de 100 malades observés pendant ce temps-là pour désordres coronariens.

Il a également constaté des différences importantes au point de vue mortalité. La proportion observée par L. est de 50 pour 100; il en est à peu près de même pour la clinique de Leipzig et pour Copenhague (E. J. Warburg), par contre celle de Cooksey s'élève à 38,6 pour 100, celle de Holst à 32 pour 100 et celle de Kisch à 23,5 pour 100. Toutes ces statistiques montrent que le maximum de fréquence de la maladie coïncide avec l'âge de 51 à 70 ans. Dans un grand nombre de cas, L. a observé que la thrombose était fréquemment précédée de syndromes comme la dyspnée (15 pour 100), l'angine de poitrine (70 pour 100), etc. La syphilis n'a été constatée chez aucun de ces malades et la polyarthrite seulement dans 5 pour 100 des cas. Sur 64 sujets observés pendant la même période et présentant l'angine de poitrine sans thrombose coronarienne, il en est 7 chez lesquels on n'a fait aucune constatation objective et qui étaient âgés de 19 à 40 ans. Dans plusieurs cas, des malades de ce genre ont ultérieurement fait de l'angine de poitrine avec lésions myocardiques sévères. Dans les cas restants, la syphilis a été constatée 4 fois et les prodromes ont été fréquemment observés. La mortalité a atteint 10 pour 100 chez les hommes comme chez les femmes.

La fréquence régionale de ces affections doit être mise en relation d'abord avec la fréquence de désordres circulatoires dans l'ascendance du malade; de plus, la goutte et le diabète sont fréquents, vraisemblablement du fait d'une cause raciale. Cependant l'influence principale doit être attribuée à l'alimentation et plus spécialement à la suralimentation dans laquelle interviennent surtout les graisses. Or, l'administration de cholestérine est capable de faire apparaître de l'athérosclérose, d'autant plus que le beurre, par exemple, contient abondamment de la vitamine A qui exerce une action freinatrice sur la thyroïde, glande qui, par ailleurs, est capable de prévenir les efforts de la cholestérine.

P. E. Morhardt.

H. Lehmann-Facius. ***Le diagnostic de la schizophrénie par le liquide céphalo-rachidien*** (*Klinische Wochenschrift*, t. 16, n° 47, 20 Novembre 1937, p. 1646-1648). — L'examen de 800 liquides céphalo-rachidiens a permis à L.-F. de faire faire un progrès à la question de savoir si la schizophrénie est due, comme on l'admet généralement, à un processus cérébral organique. En recherchant dans ce liquide les anticorps des lipoïdes cérébraux et un principe soluble dans l'éther, capable de paralyser ces anticorps, L.-F. est arrivé aux constatations suivantes: ces anticorps qui exercent leurs effets non sur des agents animés, mais sur des éléments normaux de l'organisme, supposent que les cellules parenchymateuses du cerveau sont douces de propriétés sérologiques toutes particulières. Effectivement les cellules cérébrales possèdent une spécificité d'organe absolue au point de pouvoir entraîner des effets immunisateurs. Cette action doit être attribuée à des principes solubles dans l'alcool et par conséquent lipoïdiques. Par extraction d'une fraction bien déterminée de lipoïdes phosphorés du cerveau, L.-F. arrive d'ailleurs à provoquer une réaction de floculation avec le liquide céphalo-rachidien qui contient des anticorps pour les lipoïdes cérébraux. La floculation obtenue présente la propriété d'être résistante à l'égard du chlorure de sodium. En outre, pour donner cette réaction, le liquide céphalo-rachidien doit avoir été préalablement épuisé par l'éther.

Cette méthode a permis d'obtenir une réponse positive en cas de schizophrénie 225 fois sur 238, soit dans la proportion de 95 pour 100; dans les autres cas de psychose et de psychopathie la proportion positive s'est élevée à 1 sur 357 et dans les cas organiques (tumeurs, paralysie générale, épilepsie, scléroses multiples, etc.) à 16 sur 416.

Cependant, il y a lieu de remarquer que dans certaines affections organiques, la proportion de réponses positives est relativement élevée; ainsi par exemple, elle atteint dans la sclérose multiple 24 pour 100 et dans les tumeurs du cerveau 19 pour 100. Dans ces affections, il doit donc y avoir un processus pathologique assez semblable à celui qui existe dans la schizophrénie. La psychose dégénérative (confusion, état crépusculaire, etc.) a donné des résultats négatifs, ce qui témoigne qu'il n'y a pas de relations entre elle et la schizophrénie. Néanmoins, dans un petit groupe de psychoses cliniquement discutées et où on pouvait hésiter entre une psychose dégénérative et une schizophrénie, la réaction a été parfois positive, tout au moins d'une façon passagère. Dans les psychoses d'involution, il y a eu également quelques cas positifs. Quoi qu'il en soit, cette réaction lipoïdique est très caractéristique de la schizophrénie.

Par ailleurs, il n'a pas été trouvé de cause aux 5 pour 100 de réactions négatives observées chez des schizophréniques.

P. E. Morhardt.

A. Bareuther et **E. Schabbel.** ***Relations, dans les expériences sur l'animal, entre l'hormone folliculaire et les thrombocytes*** (*Klinische Wochenschrift*, t. 16, n° 48, 27 Novembre 1937, p. 1677-1680). — Les recherches de B. et de S. ont consisté à administrer à des chiens des doses de folliculine variant de 500 à 50.000 unités benzoate et des doses d'androstérone variant de 25 à 125 unités crête. A elle seule l'hormone folliculaire détermine un purpura thrombopénique avec lassitude générale, hématomes sous-cutanés, selles marc de café, hémorragies gingivales, etc., en même temps qu'un abaissement du calcium du sang à 6 ou 7 milligr. pour 100 gr. (au lieu de 10, chiffre normal) et de la leucocytose. Il s'agit là d'un phénomène qui doit être considéré comme le résultat d'une inhibition de la moelle osseuse et non pas d'une panmyélophtisie; la dose de 5.000 unités tous les deux jours représente la dose minimum capable de déterminer ces troubles. A la dose de 50.000 unités par jour, on a constaté une prolongation du temps de saignement et une diminution des leucocytes apparaissant en 10 à 11 injections. La mort survient deux ou trois jours plus tard. Avec des doses de 10.000 unités tous les deux jours, il faut 25 injections pour déterminer les mêmes phénomènes.

En ajoutant des préparations d'androstérone à la folliculine, on n'a pas diminué la sévérité des symptômes observés, mais on a constaté que le calcium du sang ne s'abaissait pas. Ces diverses constatations ont été faites chez des animaux femelles. Chez les mâles au contraire, les préparations d'androstérone augmentent le nombre des thrombocytes et parfois les effets nocifs de la folliculine. D'un autre côté, l'acide ascorbique ne prévient pas l'hypocalcémie provoquée par la folliculine. Les extraits de foie, qui sont employés empiriquement dans la thrombopénie, préviennent certains des effets de la folliculine (diminution des érythrocytes) mais pas la thrombopénie ni l'accélération du temps de saignement.

P. E. Morhardt.

ZENTRALBLATT FUR INNERE MEDIZIN (Leipzig)

K. Thums. ***Recherches sur les jumeaux et neurologie*** (*Zentralblatt für innere Medizin*, t. 59, n° 2, 8 Janvier 1938, p. 33-42). — Parmi les méthodes génético-biologiques à l'aide desquelles on peut arriver à apprécier la participation de l'hérédité et celle du milieu environnant dans la genèse d'une maladie, l'enquête menée sur des séries importantes de jumeaux est la méthode qui permet le mieux de parvenir à des résultats décisifs et à des conclusions définitives. Cette méthode a été employée pour la première fois en neurologie par T., et à propos de la sclérose en plaques et de la sclérose cérébrale infantile.

En ce qui concerne la sclérose en plaques, T. a examiné 82 paires de jumeaux, parmi lesquelles il y avait 12 paires de jumeaux univitellins utilisables qui se montrèrent complètement discordantes quant aux symptômes nerveux organiques. On peut en déduire que la prédisposition héréditaire ne joue pas de rôle important dans la genèse de la sclérose en plaques.

En ce qui concerne la sclérose cérébrale infantile, T. a fait une enquête sur 70 paires de jumeaux. Sur 12 paires de jumeaux univitellins il y en avait 1 concordante et 11 discordantes, résultat qui plaide contre le caractère héréditaire de la sclérose cérébrale infantile. Le même matériel fut examiné du point de vue de l'évolution de l'accouchement et de diverses autres particularités en rapport avec la parturition. Dans un nombre de cas étonnamment élevé on trouva des circonstances anormales, si bien que l'hypothèse ancienne qui, parmi les facteurs exogènes à incriminer dans la genèse de la sclérose cérébrale infantile, fait jouer un grand rôle aux traumatismes de l'accouchement, reçoit là un nouvel appui.

P.-L. Marie.

THE MEDICAL JOURNAL OF AUSTRALIA (Sydney)

L. J. Jarvis-Nye. ***Pression sanguine chez les Australiens aborigènes avec considération des facteurs étiologiques possibles de l'hypertension et ses relations avec la civilisation*** (*The medical Journal of Australia*, an. 24, t. 2, n° 23, 4 Décembre 1937, p. 1000-1001). — On considère souvent que l'élévation de la pression sanguine est un phénomène normal de l'état de sénescence. Pour élucider ce problème, N. a étudié 103 Australiens aborigènes (63 hommes et 40 femmes) très âgés. Ces indigènes appartenaient à des tribus ayant passé la majorité de leur vie dans un état primitif et sauvage se rapprochant de la vie naturelle. Bien qu'il fût impossible de préciser leur âge, on peut en faire une estimation raisonnable par l'examen de leur progéniture. La plupart étaient grand-pères, bisaïeuls ou trisaïeuls. Il est frappant que tous ces sujets avaient une tension artérielle basse et des artères normales. Le mode de vie de ces indigènes est très différent de celui des communautés civilisées; bien qu'ils soient essentiellement carnivores ils ne vivent que de leur chasse et passent souvent plusieurs jours sans manger de la viande; et souvent même pendant de longues périodes, ils n'ont que peu ou pas de nourriture. Il est probable que pendant ces périodes de jeûne, les produits terminaux du métabolisme des protides sont complètement éliminés. L'absence de vêtements laisse tout son jeu au mécanisme régulateur normal de la température du corps. L'absence de plomb peut être aussi importante. On sait la fréquence du saturnisme chez les enfants dans le Queensland, l'atmosphère des cités en contient certainement et il joue un rôle dans l'artériosclérose progressive. En outre, les indigènes ne semblent pas avoir autant de soucis et faire autant d'efforts physiques et psychiques que nous.

L'artériosclérose et l'hypertension sont peut-être la rançon de notre civilisation.

Robert Clément.

EDINBURGH MEDICAL JOURNAL

E. D. W. Greig. ***Faits cliniques et réflexions. XVI. Cysticercose et épilepsie*** (*Edinburgh medical Journal*, N.S., t. 42, n° 8, Août 1937, p. 522-529). — L'homme peut être l'hôte de la forme larvaire du *Taenia solium* par ingestion d'aliments

ou d'eau contaminés directement par des excréta ou indirectement par des mouches. Lorsqu'il abrite un ver adulte, il peut s'infecter lui-même, soit par ses mains, soit par régurgitation gastrique de proglottides mûrs. L'embryon hexacanthe s'échappe de l'estomac ou de l'intestin, grâce à ses crochets, passe dans le sang ou la lymphe et finalement se loge dans les tissus, parfois dans le cerveau où il développe un kyste de dimension variable.

La période d'incubation est difficile à déterminer, elle doit être longue. Les kystes peuvent ne pas donner de symptômes pendant un certain temps, ils sont faciles à palper dans les muscles ou les tissus sous-cutanés; au niveau du cerveau, ils se traduisent par de l'épilepsie.

Le diagnostic se fait souvent par la présence de kystes en différents points de l'organisme, la radiographie est précieuse pour les révéler.

Le pronostic est très variable. Il y a en général tendance à des troubles mentaux chez quelques sujets, alors que d'autres, en dépit de leur épilepsie, restent psychiquement normaux.

Le traitement curatif est seulement palliatif: à moins qu'il existe des signes de localisation précis, l'opération n'est pas indiquée.

La prophylaxie est de très grande importance. Il faut considérer l'infestation par le *Taenia solium* comme une chose dangereuse et la traiter aussitôt que possible. Il faut également poursuivre sa disparition chez les porcs et il doit être fait une inspection médicale sévère de la viande partout où se logent les cysticerques, ainsi que des saucisses.

Robert Clément.

ARCHIVES OF NEUROLOGY AND PSYCHIATRY
(Chicago)

Freedberg et **Le Roy H. Sloan.** ***Association des réflexes sino-carotidiens avec les syncopes et les convulsions*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. 38, n° 4, Octobre 1937, p. 761-775). — Si les pertes de conscience et les troubles cardiaques tels que l'arythmie, la fibrillation ventriculaire passagère et la tachycardie paroxystique sont bien connus parmi les troubles reflexes sino-carotidiens, la syncope et les convulsions sont de connaissance plus récente.

F. et S. en rapportent 4 cas, et pensent que chez bien des malades présentant des faiblesses, des vertiges, de l'épilepsie atypique et de vagues attaques épileptiformes, ces troubles relèvent d'un réflexe sino-carotidien. Ils basent cette étiologie sur la reproduction des accidents par la compression du sinus carotidien, et l'impossibilité de les reproduire après procaïnisation.

F. et S. pensent en outre que la dénervation du sinus carotidien n'augmente pas appréciablement la tension artérielle chez l'homme, mais que le rôle du sinus carotidien dans la genèse des crises convulsives mérite d'être discuté.

Chez des sujets présentant de tels accidents, des causes locales d'irritation du sinus carotidien sont fréquentes. Elles relèvent alors d'un traitement local, et la dénervation du sinus carotidien peut être envisagée. Les médicaments cardiovasculaires du groupe de l'épinéphrine donnent également de bons résultats dans de tels cas.

H. Schaeffer.

THE JOURNAL of EXPERIMENTAL MEDICINE
(Baltimore)

W. B. Hawkins, F. Robscheit-Robbins et **G. H. Whipple.** ***La production d'hémoglobine dans l'anémie et l'influence de la fistule biliaire*** (*The Journal of experimental Medicine*, t. 67, n° 1, Janvier 1938, p. 89-111). — H., R. et W. ont réalisé des fistules bilio-rénales qui détournent toute la bile de l'intestin. De tels chiens restent dans un état clinique satisfaisant et conservent leur poids, si on leur donne une alimentation convenable et de la bile par la bouche tous les jours. Si on ne donne pas de bile, on observe au bout de plusieurs semaines un retard de la coagulation du sang, dû au manque de prothrombine, et de l'ostéoporose, par suite du défaut d'absorption de la vitamine D, qui peut être corrigé par l'apport de sels biliaires dans l'intestin.

Chez les chiens porteurs de telles fistules bilio-rénales, préalablement rendus anémiques par des saignées ménagées et maintenus dans cet état, on constate que la production d'hémoglobine nouvelle est profondément influencée par la présence de la fistule biliaire; elle baisse de moitié environ, par rapport à ce qu'elle était avant la création de la fistule avec un régime-type.

Quand on donne du fer par la bouche à ces chiens anémiques à fistule biliaire, on constate également qu'ils produisent moitié moins d'hémoglobine nouvelle que dans la période de contrôle précédant l'établissement de la fistule. Par contre, si l'on injecte le fer par voie veineuse, ces chiens élaborent une quantité d'hémoglobine nouvelle à peu près égale à celle que l'on peut escompter théoriquement. Il est donc évident que l'absorption est un facteur très important dans l'utilisation du fer chez ces chiens anémiques à fistule biliaire. L'ingestion d'une forte dose de bile ne corrige pas cette absorption défectueuse du fer chez ces chiens à fistule biliaire. Le cycle continu de la sécrétion de la bile, des sels biliaires et de l'absorption semble nécessaire pour une absorption normale des sels de fer de la part du tractus intestinal.

La réponse à l'ingestion de foie est très analogue chez eux à celle que l'on obtient quand on donne du fer par la bouche. Toutefois il n'y a pas de preuves que la digestion des protéines et l'absorption soient défectueuses chez les chiens porteurs d'une fistule biliaire. De fait, le maintien du poids et d'un état général normal pendant des années plaide en faveur d'une absorption satisfaisante des produits de la digestion des protéines. Il en est de même chez les chiens rendus simplement anémiques. Aussi H., R. et W. pensent-ils que la production insuffisante d'hémoglobine tient à un trouble de la fonction hépatique; le foie perturbé par la fistule serait incapable d'assembler les matériaux protéiques qui constituent la fraction globine de la grosse molécule de l'hémoglobine.

P.-L. Marie.

THE JOURNAL OF NERVOUS AND MENTAL DISEASE
(New-York)

Hassin. ***Lésions cérébrales dans l'électrocution accidentelle*** (*The Journal of Nervous and mental Disease*, vol. 86, n° 6, Décembre 1937, p. 668-674). — Chez un homme trouvé mort après électrocution par un rail de chemin de fer, et portant des brûlures graves du cuir chevelu et de la face, l'examen montra l'existence de fissures du parenchyme cérébral, avec raréfaction de ce dernier dans les parties avoisinantes, qui auraient mal pris les colorants. Les cellules nobles altérées étaient gonflées, en chromatolyse, réticulées, vacuolisées, ou lysées, et leurs prolongements tuméfiés et tortueux. A signaler aussi la satellitose et la neuronophagie. Ces lésions étaient plus marquées dans les ganglions centraux et très discrètes dans le bulbe et la moelle. La glie était altérée, les fibres nerveuses étaient relativement normales. Les espaces de His autour des capillaires étaient très larges. Certaines artères de la base avaient leur tunique élastique rompue. Les méninges et les espaces sous-arachnoïdiens étaient bourrés de lymphocytes, de fibroblastes et de corps granuleux.

Dans l'électrocution légale, les lésions cérébrales sont plus prononcées que dans l'électrocution accidentelle, sans doute parce que le courant traverse tout le cerveau, et que le point de contact est plus limité. Par contre, la neuronophagie et la satellitose sont beaucoup plus rares, et dans les cas où elles existent, elles sont probablement consécutives à la mort. Il en est de même pour les lésions méningées.

Autant qu'il est permis d'en juger, le mécanisme de la mort dans l'électrocution légale ou accidentelle est dû à un phénomène de choc, et non à l'élévation thermique. Dans la mort par hyperpyrexie, comme dans la pendaison, les hémorragies du système nerveux et des méninges sont fréquentes, et les lésions cellulaires exceptionnelles.

H. Schaeffer.

ANNALI DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA
(Milan)

E. Bortini (Milan). ***L'hystéro-salpingographie dans le diagnostic de la grossesse ectopique et de ses variétés*** (*Annali di Ostetricia e Ginecologia*, an. 59, n° 11, 30 Novembre 1937, p. 1247-1296). — B. considère que, dans le diagnostic de la grossesse extra-utérine, l'hystéro-salpingographie est appelée à rendre de très importants services. Cependant il pose à cette exploration les deux conditions formelles suivantes : 1° que le diagnostic soit douteux, sans quoi il vaut mieux éviter de s'en servir; 2° que cet examen soit effectué en Maison de santé pour que celle qui le subit ne soit pas privée de surveillance effective et continue.

Il retient de nombreux cas où il a utilisé l'hystéro-salpingographie un certain nombre de faits utiles à connaître pour le diagnostic de la grossesse ectopique et que l'on peut résumer ainsi :

1° *Faits concernant la morphologie de l'utérus.* — Les plus importants concernent les déplacements de l'organe : c'est ainsi que dans la grossesse ovarienne ou abdominale, l'utérus est habituellement rejeté en bas, latérofléchi du côté opposé au siège de la grossesse; il est exceptionnel qu'il suive l'ascension du sac ovulaire et devienne pelvien. Dans la grossesse tubaire récente, l'utérus ne subit qu'un déplacement insignifiant, mais dès que l'évolution gravide est plus ancienne, l'utérus s'abaisse et s'infléchit de côté comme dans les cas de grossesses ovariennes.

Les hématocèles rétro-utérines soulèvent l'utérus contre la symphyse et parfois au-dessus d'elle, mais laissent à l'organe sa position médiane, au centre du pelvis.

2° *Faits concernant la morphologie des trompes.* — La perméabilité tubaire est de règle dans les grossesses abdominales primitives; par contre, un des côtés est altéré dans la grossesse abdominale secondaire et cette altération, nettement visible, indique avec perfection le point de départ de la grossesse abdominale secondaire.

La grossesse ovarienne s'accompagne d'une perméabilité tubaire unilatérale tandis que l'huile opaque épanchée dans le péritoine souligne la forme du sac gravide.

La grossesse ampullaire a des symptômes nets : modification de largeur de la trompe, défaut de remplissage à son niveau, contours flous et parfois aspect d'infiltration du lipiodol des villosités placentaires.

Quant aux grossesses isthmiques et interstitielles, elles se reconnaissent aux mêmes signes que la grossesse ampullaire, mais ceux-ci réalisent alors des images beaucoup plus voisines du corps utérin.

Marcel Arnaud.

MITTEILUNGEN AUS DER MEDIZINISCHEN AKADEMIE ZU KIOTO (Kyoto)

M. Sueda. *Effet des vibrations sur le cycle œstral du rat blanc* (*Mitteilungen aus der medizinischen Akademie zu Kioto*, t. 21, nº 3, 1937, p. 1290-1291). — On a parfois signalé des anomalies du fonctionnement génital chez les femmes employées aux autobus et aux ascenseurs. S. a soumis des rates blanches à des vibrations horizontales continuelles, en les plaçant sur des vibrateurs électriques imprimant une secousse de 4 cm. d'amplitude à une cadence de 140 fois par minute, pendant plusieurs jours de suite, avec un repos d'une heure par jour. Les sécrétions vaginales furent examinées avant, pendant et après l'épreuve.

Chez les animaux du premier groupe qui furent secoués pendant une courte période (13 jours en moyenne) on constate pendant la période de secousses une grave altération du cycle œstral. Une fois les vibrations supprimées, il se rétablit rapidement chez plus de la moitié d'entre eux.

Chez les animaux du second groupe qui furent secoués plus longtemps, on observa que le cycle œstral s'arrêta complètement au bout de dix-huit jours de secousses en moyenne. En prolongeant les examens pendant vingt-trois jours à la suite de l'épreuve, on vit que le cycle œstral était encore totalement arrêté chez 71 pour 100 des animaux tandis que chez les autres il se rétablissait péniblement.

P.-L. Marie.

A. Wakabayashi. *Influence de l'ablation du nerf végétatif cervical sur les variations des éléments figurés du sang* (*Mitteilungen aus der medizinischen Akademie zu Kioto*, t. 21, nº 3, 1937, p. 1300-1301). — W. a cherché à établir une relation entre la résection du nerf végétatif cervical et les variations des éléments figurés du sang. Il a constaté que chez le lapin :

1º La résection du sympathique cervical ne cause pas de changements dans les éléments figurés du sang de la veine de l'oreille du côté réséqué.

2º La résection du parasympathique cervical détermine une variation des hématies qui augmentent extraordinairement une heure après le début de l'expérience, puis diminuent aussitôt progressivement et retombent au chiffre initial trois heures après l'opération. Les plaquettes ne se modifient pas notablement.

La résection du parasympathique cervical cause une forte augmentation des leucocytes immédiatement après l'opération; une heure après, leur nombre a doublé, puis il diminue peu à peu pour atteindre au bout de cinq à six jours le taux initial. Cette leucocytose comprend surtout des pseudo-éosinophiles.

P.-L. Marie.

THE NAGOYA JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE (Japon)

S. Kirihara, H. Nakayama, Y. Satoh, Y. Konda et I. Ito. *Un gastroscope japonais flexible perfectionné* (*The Nagoya Journal of medical Science*, t. 11, nºs 1-2, Juin 1937, p. 1-19). — Description d'un gastroscope dérivé du gastroscope flexible de Wolf-Schindler et se distinguant essentiellement de ce dernier en ce que son extrémité exploratrice peut se courber à volonté dans une direction déterminée, ce qui permet d'examiner plus aisément la région pylorique, même quand le pylore est haut situé. D'autre part, le dispositif d'éclairage et de prise de photographies a été amélioré et permet d'obtenir des clichés bien plus nets que le dispositif allemand.

A l'aide de cette instrumentation, 264 explorations gastriques ont été faites depuis trois ans avec toute satisfaction.

P.-L. Marie.

NEDERLANDSCH TIJDSCHRIFT VOOR GENEESKUNDE (Amsterdam)

J. A. Stroink et J. J. C. Pietersen. *Thrombose et embolie* (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. 81, suppl. du nº 43, 23 Octobre 1937, p. 540-663). — Dans cet important travail qui a été couronné par l'Association néerlandaise pour l'avancement de la médecine, S. et P. font état surtout des 38 cas de thrombose et embolie observés à Utrecht et à Leyde et ayant fait l'objet d'une confirmation nécropsique. Pour eux, en effet, le diagnostic clinique de ces accidents pathologiques est soumis à des causes d'erreur trop nombreuses pour qu'on puisse se fier simplement à la symptomatologie *intra vitam*.

Ils arrivent ainsi à admettre qu'il faut distinguer les thromboses pariétales, généralement conséquence d'une altération préalable des vaisseaux (thrombophlébite), et les thromboses centrales qui surviennent spontanément à distance.

En général, les premières sont conséquence d'une endophlébite et d'une infection provenant de l'utérus, du col ou de la plaie opératoire. Les secondes naissent en plein courant sanguin, ont une forme allongée et cylindrique. Elles présentent, en outre, une architecture : le chef étant constitué principalement par des thrombocytes et la queue par de la fibrine et des érythrocytes. Les thromboses centrales secondaires sont plus fragiles que les autres et ne donnent par conséquent guère lieu aux embolies volumineuses et mortelles.

Les observations faites ont également montré que le mouvement est, pour les femmes qui avaient eu antérieurement des élévations de température et d'autres symptômes d'infection, une cause qui favorise beaucoup l'embolie mortelle. Le repos absolu pendant une période de trois semaines s'il y a eu plus de 38º (température rectale) ou de 37º5 (température de l'aisselle) est donc nécessaire.

Après accouchement normal à la maison, les femmes ont 4 fois plus de thrombose (1,6 pour 100) qu'à la clinique (0,4 pour 100) sur un total respectivement de 11.324 et de 2.246 accouchements.

La prévention de la thrombose et de l'embolie sera réalisée avant l'opération ou l'accouchement, par une asepsie ou une antisepsie très sévères, par réduction de l'intervention opératoire au strict nécessaire, par traitement préalable des malades anémiques ou fébriles.

Après l'opération ou l'accouchement, elle se fera en isolant toutes les malades qui ont de la fièvre, en faisant garder le lit après intervention gynécologique (laparotomie ou grande intervention vaginale ou césarienne) pendant trois semaines au moins. Quant aux parturientes, elles doivent également garder le lit tant que la température n'est pas redevenue absolument normale. S. et P. sont persuadés qu'en observant des mesures de ce genre, on arrivera à réduire appréciablement la proportion des embolies mortelles.

En somme, la question des thromboses est principalement une question hospitalière. La clinique d'Utrecht est organisée pour réserver aux accouchées normales des chambres de 3 à 4 lits et pour isoler dans un système de box les femmes accouchées artificiellement, anémiques, ayant présenté de la fièvre pendant la parturition, ayant eu un placenta praevia ou subi une césarienne. Pour les femmes infectées et atteintes de thrombose, des sections spéciales sont organisées avec personnel particulier.

P.-E. Morhardt.

G. W. Kastein. *Le traitement de la schizophrénie par l'insuline* (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. 81, nº 43, 23 Octobre 1937, p. 5093-5106). — Les recherches de K. concernent une série de schizophréniques qui, pendant un certain temps, ont été traités selon la méthode du coma insulinique de Pötzl-Sakel.

L'administration de 50 gr. de glucose à ces malades a permis de constater une réaction de la glycémie grâce à laquelle il a été possible de répartir ces malades en trois groupes. Dans le premier groupe, la glycémie s'élevait beaucoup et s'abaissait lentement; dans le second groupe, la courbe ne présentait aucune variation importante; dans le troisième groupe (2 cas), on observait, après hyperglycémie à peu près normale comme importance et comme moment d'apparition, une nouvelle élévation survenant deux heures et demie à trois heures et demie après l'administration du sucre et atteignant une fois 223 et une autre fois 323 milligr. pour 100 gr. Il s'agit là d'un phénomène assez analogue à l'effet Traugott-Staub. La glycémie a été également déterminée chez 5 malades en plein coma, auxquels on avait injecté, par voie intraveineuse, 50 cmc d'une solution de glucose à 20 pour 100. On observa, dans ces conditions, une élévation très forte de la glycémie suivie d'une seconde élévation très modérée. Cliniquement, les malades avaient repris l'usage de la parole quelques minutes après l'injection.

On a pratiqué également au cours du coma l'épreuve de Traugott-Staub. Cette épreuve montre que l'effet obtenu est précisément inverse de celui qui est habituellement observé. Effectivement, chaque administration nouvelle augmente la glycémie au lieu de la diminuer, comme chez les sujets normaux.

P.-E. Morhardt.

C. W. Beijerinck. *Symptômes assez rares et de nature grave, survenant après emploi d'iodure de potassium* (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. 81, nº 44, 30 Octobre 1937, p. 5333-5341). — B. a eu l'occasion d'observer un malade de 67 ans, présentant une éruption bulleuse qui avait débuté par le cuir chevelu et s'était ultérieurement étendue au visage et aux mains. A l'entrée à l'hôpital, il s'agit d'un homme hébété dont la température est normale, le pouls à 100, etc. Le cuir chevelu était recouvert de croûtes brunes sous lesquelles le cuir chevelu était fortement infiltré. Il en était de même sur les joues où on pouvait constater en dessous des croûtes l'existence de pus. Sur le dos des mains, il existait des ulcérations végétantes à bords nettement délimités. Les muqueuses de la bouche présentaient également quelques érosions. On fit le diagnostic de toxicodermie bulleuse végétante, vraisemblablement due à l'usage d'iode ou de brome. L'examen des urines montra la présence d'iode et on apprit, de plus, que le malade avait ingéré pendant quinze jours 1 gr. d'iodure de potassium par jour. Celui-ci ne tarda pas à mourir et, au cours de l'autopsie, on constata que la mort, provoquée par l'insuffisance du myocarde, relevait en fait de l'emploi de l'iodure de potassium. Les formes de ce genre, qui sont rares, sont toujours graves.

Dans le second cas, il s'agit d'une femme de 64 ans qui est atteinte de bronchite pour laquelle elle prend un médicament à la suite duquel il apparaît une éruption très polymorphe des jambes et du visage, ainsi que des palpitations de cœur. On constata des lésions d'acné sur le visage et des éléments d'érythème noueux sur les membres.

La troisième observation concerne une femme de 67 ans qui présentait sur le dos des ulcérations nettement limitées et à bords décollés ainsi que des pustules ressemblant à des anthrax. Cette malade avait pris pendant trois semaines 300 milligr. d'iodure de potassium par jour.

La pathogénèse de cette dermatite iodique n'est

pas encore élucidée. Certains auteurs, comme Brück et Stokvis, incriminent surtout l'iode libre. L'épreuve du lambeau, pratiquée par B. chez la deuxième malade, eut des résultats très nets, en quarante-huit heures avec l'iodure de potassium. Les constatations ainsi faites semblent montrer que, conformément à la théorie de Herzenberg et Maschkilleison, ces dermatites iodiques doivent être rattachées à des phénomèmes de sensibilisation

P.-E. Morhardt.

POLSKA GAZETA LEKARSKA
(Lwow)

S. Hoben. ***Tuberculose de la glande mammaire*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. 16, n° 40, 3 Octobre 1937, p. 767-769, n° 41, 10 Octobre 1937, p. 790-792, n° 42, 17 Octobre 1937, p. 807-810). — Dans un travail abondamment illustré par des microphotographies, H. présente les résultats de l'étude anatomo-pathologique relative à la tuberculose de la glande mammaire. Dans une période de quinze ans, H a réuni 9 cas cliniques et 20 autopsies. Il conclut que la tuberculose de la glande mammaire est une affection moins rare qu'on le croit habituellement. Il semble que cette localisation survienne aussi souvent par la voie circulatoire que lymphatique et exceptionnellement à la suite de lésions locales du voisinage immédiat ou par l'intermédiaire des canaux galactophores. La tuberculose de la glande mammaire est toujours secondaire et se rencontre de préférence chez les femmes. Le diagnostic ne peut être fait qu'à la suite d'un examen histologique. Cliniquement elle peut évoluer et guérir spontanément sans signes subjectifs ni objectifs. La rareté de la tuberculose de la mamelle au cours de la tuberculose miliaire s'explique par le terrain peu favorable à l'évolution de la tuberculose que présente la glande mammaire.

Fribourg-Blanc.

J. Bilewicz-Stankiewicz. ***De la surcharge du foie par le sucre de canne*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. 16, n° 42, 17 Octobre 1937, p. 801-804). — Dans le but de vérifier la thèse de Reiss et Lepehne qui soutiennent que le sucre de canne ne peut pas être utilisé pour l'épreuve de la surcharge du foie, B.-S. pratique 50 examens sur 34 sujets. La quantité du sucre dans le sang est appréciée à l'aide de la méthode colorimétrique de Kaufmann, à la suite de l'ingestion de 30 gr. de sucre à jeun. Il résulte de cette étude que, chez les sujets sains, la surcharge glycosique dépasse de 35 pour 100 le taux de sucre à jeun exprimé en milligrammes. Le retour au taux normal s'effectue en général en moins d'une heure. Il est suivi d'une phase d'hypoglycémie atteignant en moyenne 24 pour 100 en milligramme.

Dans l'ictère catarrhal et la cirrhose du foie, la courbe glycémique atteint 62 pour 100 en plus du taux habituel à jeun. Le retour vers la normale est habituellement retardé. La phase hypoglycémique est moins accentuée, elle peut même manquer totalement ou être remplacée par une seconde phase hyperglycémique. Dans les atteintes hépatiques plus légères, la différence avec la courbe normale peut se traduire par l'absence de la phase hypoglycémique. Il semble donc que la saccharose se prête à l'épreuve de la surcharge du foie à l'égal du glucose.

Fribourg-Blanc.

H. Weber. ***Le tracé électrocardiographique dans les intoxications expérimentales par les toxines microbiennes*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. 16, n° 42, 17 Octobre 1937, p. 804-807 et n° 43, 24 Octobre 1937, p. 825-827). — W. étudie les changements du tracé électrocardiographique au cours des intoxications expérimentales par les toxines microbiennes. Son expérimentation s'étend sur 43 lapins relativement aux toxines diphtérique, botulique et tétanique.

1° La toxine diphtérique provoque des troubles caractéristiques du tracé électrocardiographique témoignant de l'existence d'altérations du système conducteur du mouvement automatique du cœur ainsi que de l'appareil contractile lui-même. Bien que la toxine diphtérique détermine toute une gamme de changements, par leur importance les troubles de la conduction intraventriculaire sous forme de bloc de la branche droite occupent la première place. Les premières modifications du tracé électrocardiographique se traduisent par l'abaissement du soulèvement R, ensuite apparaît la prépondérance ventriculaire gauche qui aboutit au bloc de branches. La fréquence avec laquelle ces constatations se répètent souligne la possibilité de l'existence d'une électivité de la toxine diphtérique à l'égard de la partie intraventriculaire du système conducteur.

2° La toxine botulique est également nocive pour le cœur. Elle marque une prédilection pour le premier segment du système conducteur en atteignant surtout le nœud sinusal et les fibres sino-auriculaires. La toxine provoque de la bradycardie, de l'arythmie sinusale non respiratoire et presque toujours un bloc sino-auriculaire. A la fin de l'expérience se produit un changement de l'intervalle ST et de l'onde T. Ces faits plaident en faveur de l'altération des éléments contractiles du cœur.

3° La toxine tétanique ne semble pas provoquer des changements particuliers dans le tracé électrocardiographique.

La deuxième partie du travail est consacrée à l'étude de l'influence qu'exerce la vitamine C sur les intoxications expérimentales diphtérique et botulique. Les recherches de W. démontrent son inefficacité absolue, ce qui prouve que la vitamine C ne peut pas protéger le cœur du lapin contre ces deux toxines.

Fribourg-Blanc.

F. Turyn et **L. Cymbalist.** ***Un cas de syphilis vasculaire*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. 16, n° 43, 31 Octobre 1937, p. 823-825). — T. et C. relatent l'observation d'une femme de 53 ans chez laquelle une syphilis ancienne et non traitée donna lieu à des lésions particulièrement étendues des parois vasculaires de tous les troncs artériels prenant naissance au niveau de la crosse de l'aorte. Par suite de cette localisation, le pouls radial était complètement aboli des deux côtés et la tension artérielle impossible à étudier. La tentative de traitement par le novarsénobenzol entraîna une agranulocytose transitoire où le nucléinate de soude se montra un moyen thérapeutique efficace.

Il semble que le processus syphilitique, en détruisant les fibres élastiques de la crosse aortique, a privé les artères du pouvoir de transmettre l'onde sanguine. Cependant, l'irrigation des tissus était suffisante. La disparition bilatérale du pouls traduisait l'importance et l'étendue des lésions. L'agranulocytose transitoire était l'expression du retentissement du processus syphilitique sur la moelle osseuse. Dans ces conditions une tentative, même prudente, de traitement par l'arsénobenzol, a entraîné des désordres du système leucoblastique.

Fribourg-Blanc.

W. Winiarz. ***Expérimentation du cardiazol dans l'épilepsie. Etude de l'action de la pilocarpine et de l'atropine sur les crises et les états épileptiques*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. 16, n° 44, 31 Octobre 1937, p. 844-949). — W. étudie l'action du cardiazol comme moyen de provoquer les crises épileptiques ainsi que les conditions où elles se produisent. A la faveur de la possibilité de les déterminer à volonté, W. étudie l'influence exercée par la pilocarpine et l'atropine sur les crises épileptiques mêmes et les états d'obnubilation épileptique. Ces recherches expérimentales démontrent que la pilocarpine favorise la tendance aux crises épileptiques et que l'atropine la diminue. Il semble également que la pilocarpine diminue la durée des absences épileptiques tandis que l'atropine favorise leur apparition. Ces observations démontrent que la crise épileptique est un choc végétatif et, si l'on admet avec Méduna que les crises épileptiques exercent une action thérapeutique, son mécanisme serait basé probablement sur la provocation du choc végétatif.

Fribourg-Blanc.

ORVOSI HETILAP
(Budapest)

Gottsegen Gy. ***La formule leucocytaire au cours de l'urémie*** (*Orvosi Hetilap*, t. 81, n° 25, 19 Juin 1937, p. 653-655). — La leucocytose urémique est un fait bien connu, mais les opinions des différents auteurs sur l'origine de cette altération hématologique sont différentes. Un autre signe urémique peu connu a été décrit par Reichel, c'est la diminution des lymphocytes. Les données de cet auteur sont très frappantes, mais les sujets examinés l'ont été dans un stade de la maladie déjà très avancé. C'est pourquoi G. a étudié le sang des urémiques, afin de rechercher si ces altérations du sang existent dès le début. Le diagnostic d'urémie a été basé sur les signes cliniques de la maladie et sur le dosage de l'azote résiduel du sang.

Dans 9 cas sur 25 d'urémie chronique, G. a trouvé que le nombre absolu des lymphocytes a diminué. Ce phénomène a été observé le plus souvent dans le stade terminal de la maladie. Une lymphopénie considérable à évolution rapide fut observée aussi dans 1 cas d'urémie aiguë. Il a observé encore que l'apparition de la lymphopénie est indépendante du taux de l'azote résiduel du sang et de l'acidose urémique. Dans les expériences faites sur les animaux urémiques (ligature des uretères) cette lymphopénie n'a pas pu être reproduite.

Blazso.

Z. Aszodi. ***La formule sanguine et la vitamine C*** (*Orvosi Hetilap*, t. 81, n° 36, 4 Septembre 1937, p. 916-918). — Mosonyi a trouvé qu'une des causes des symptômes scorbutiques est l'hyperthyroïdisme dû à la carence de la vitamine C.

Au cours de l'hyperthyroïdie on observe des altérations hématologiques connues, c'est pourquoi A. a examiné l'hémogramme des cobayes dans l'hypervitaminose C, dans l'hypovitaminose C et après l'administration de thyroxine.

Il a trouvé que, dans l'hypervitaminose C (injection sous-cutanée de 30 à 75 milligr. d'acide ascorbique par jour), le nombre des érythrocytes augmente, celui des leucocytes diminue, la lymphocytose normale passe en neutrophilie avec augmentation des éosinophiles.

Dans le scorbut grave (alimentation: lait bouilli et biscuit exclusivement pendant plusieurs semaines) une forte anémie se présente et le nombre des globules blancs augmente. On peut constater une lymphocytose très accentuée avec la disparition des globules éosinophiles.

L'administration de la thyroxine (100-250 milligr.) amène le même changement qualitatif et quantitatif de la formule sanguine que le scorbut. Ainsi ces analyses de l'hémogramme affirment la théorie concernant la corrélation entre le scorbut et l'hyperthyroïdie.

Blazso.

G. Benkovich. ***La narcose par vapeurs d'éther surchauffées*** (*Orvosi Hetilap*, t. 81, n° 43, 23 Octobre 1937, p. 1084-1085). — B. décrit dans cet ouvrage ses expériences faites avec

l'appareil de Tiegel, concernant la narcose à vapeurs d'éther surchauffées. De ses observations, il conclut que les avantages de cette intervention sont : une narcose sans danger, très commode, même dans les opérations faites sur le cou ou sur la tête, et très agréable. Le cours de la narcose peut être suivi même par l'opérateur. L'appareil est facilement maniable.

Le seul inconvénient de cette méthode est que le temps qui s'écoule du début de la narcose jusqu'au sommeil complet est assez long (20 à 30 minutes en moyenne).

BLAZSO.

Gy Matholay. ***Recherches sur la transplantation de l'hypophyse de veau dans le diabète insipide*** (*Orvosi Hetilap*, t. **81**, n° 47, 20 Novembre 1937, p. 1170-1172). — Le diabète insipide est causé par un trouble du système mésencéphalo-hypophysaire. On utilise depuis longtemps pour son traitement la poudre ou l'extrait du lobe postérieur d'hypophyse. Par cette thérapie substitutive, on arrive souvent à un résultat satisfaisant, mais on rencontre quelquefois des cas réfractaires.

M., dans ses expériences, a essayé d'influencer les enfants malades réfractaires à l'hypophysothérapie (observés à la clinique de M. Koranyi) par transplantation de l'hypophyse de veau.

Dans les 8 cas opérés, il a observé une guérison, mais qui ne durait que de deux à neuf mois. Ces transplantations se faisant assez simplement et sans danger. M. les a répétées à plusieurs reprises.

Ces recherches prouvent aussi que même dans les cas réfractaires à l'hypophysothérapie du diabète insipide, le trouble de la fonction hypophysaire est la cause pathogénique de cette maladie.

BLAZSO.

ACTA CHIRURGICA SCANDINAVICA
(Stockholm)

Sture Helgesson Röden. ***Etude expérimentale sur les mouvements intestinaux particulièrement sur l'état de l'iléon dans les cas de traumatisme et de péritonite*** (*Acta chirurgica Scandinavica*, vol. **80**, suppl. 51, 1937, p. 1-147). — Pour observer les mouvements intestinaux, sans en troubler la physiologie, on a pratiqué une fenêtre sur la ligne blanche abdominale d'un certain nombre de lapins; on y a fixé une plaque d'acétate de cellulose stérilisée, avec quelques points de suture et grâce à cette fenêtre, on a pratiqué des enregistrements cinématographiques. 83 pour 100 des lapins ainsi traités se prêtent à des observations répétées et de longue durée, leur temps de vie est à peu près illimité et ils restent en possession de leurs fonctions physiologiques.

Les mouvements normaux de l'intestin sont des mouvements pendulaires, des segmentations rythmiques et des mouvements péristaltiques. Les mouvements pendulaires sont une combinaison de mouvements sur place et d'un mouvement ondulatoire progressant longitudinalement. La segmentation rythmique sert à la répartition du contenu intestinal et pas seulement à son brassage. Le péristaltisme a une vitesse d'environ 3 cm-seconde, considérablement supérieur à ce que l'on croyait généralement. Ils vident complètement l'intestin sur un long parcours.

En traumatisant un rein, on obtient une inhibition complète de tous les mouvements de l'intestin et une diminution de son tonus. L'inhibition des mouvements intestinaux précède de 6 à 10 secondes la diminution du réseau veineux. L'adrénaline n'a qu'une action insignifiante.

Dans les péritonites, il y a inhibition initiale complète, avec pâleur et réduction du tonus. Quand la péritonite décline, la segmentation rythmique revient d'abord, puis le péristaltisme, d'abord lent et lourd, enfin normal. Chez les animaux à qui on a sectionné le nerf splanchnique, l'inhibition initiale manque, l'inhibition secondaire est moins prononcée. Ces animaux meurent en 1/3 du temps que mettent ceux qui n'ont pas eu cette section.

Des recherches sur l'effet stimulant de différentes substances médicamenteuses sur un intestin inhibé par péritonite montrent que la prostigmine, la morphine et le sel de cuisine n'ont pas d'effet secondaire et produisent des mouvements d'apparence normale et de longue durée. Le doryle, l'esmodile, la pilocarpine, la pituitrine, l'ergotine provoquent des effets secondaires, des mouvements anormaux et ceux-ci sont de courte durée.

ROBERT CLÉMENT.

ACTA DERMATO-VENEREOLOGICA
(Stockholm)

Postma. ***Un cas de maladie de Reiter*** (*Acta dermato-venereologica*, t. **18**, fasc. 6, Décembre 1937, p. 691-695). — Reiter a décrit en 1916 un syndrome caractérisé au début par une douleur abdominale et de la diarrhée, puis apparaissent une urétrite, accompagnée de polyarthrite, de conjonctivite avec fièvre. Jamais on ne trouve de gonocoques, mais parfois un spirochète dans le sang (*Sp. forans*). Une iritis peut survenir au cours de la maladie. On voit donc que par l'association de l'urétrite, de l'arthrite et des complications oculaires, la maladie de Reiter ressemble beaucoup à la gonococcie; mais le gonocoque fait toujours défaut.

Divers cas semblables ont été publiés dans la littérature. L'urétrite est ordinairement antérieure, mais on peut observer de la cystite. L'arthrite est généralement polyarticulaire, atteignant surtout les membres inférieurs, parfois le rachis; les lésions oculaires commencent habituellement comme une conjonctivite. Le pronostic est bon, même pour la polyarthrite. Mais des récidives sont possibles.

P. rapporte un cas de cette maladie chez un homme de 24 ans, qui présenta la triade caractéristique : urétrite, arthrite et conjonctivite, mais eut en outre une balanite, localisation non encore signalée et qui paraît reconnaître une origine endogène. Tous les examens furent négatifs au point de vue du gonocoque.

R. BURNIER.

BRATISLAVSKE LEKARSKE LISTY
(Bratislava)

Kadlecik. ***Thérapeutique des fibromyomes utérins et résultats opératoires*** (*Bratislavske Lekarske Listy*, an. **17**, n° 5, Mai 1937, p. 209-215). — Entre 1926 et 1935, 781 cas de fibromyomes utérins ont été opérés à la Clinique gynécologique de Bratislava. Des résultats statistiques très complets et très détaillés, présentés par K., il convient d'extraire les particularités évolutives suivantes:

33 pour 100 des malades avaient moins de 40 ans, 53 pour 100 étaient âgés de 41 à 50 ans, et 13,9 pour 100 avaient plus de 50 ans. Sur le chiffre total, 175 femmes (22,4 pour 100) étaient stériles, 2,56 pour 100 avaient eu plus de 10 accouchements. L'affection durait depuis plus d'un an chez 332 d'entre elles (42,5 pour 100); depuis plus de dix ans chez 16 femmes seulement. 527 avaient présenté d'abondantes hémorragies. L'association d'un épithélioma n'a été observée que 8 fois. A 5 reprises l'existence de la tumeur a été découverte par hasard.

Les interventions proprement dites se répartissent ainsi: 79 énucléations (61 pour 100 au-dessus de 40 ans), 31 exérèses avec myomectomie, 442 amputations, 134 hystérectomies abdominales (12,4 pour 100 au-dessus de 40 ans); 111 hystérectomies vaginales. La rachianesthésie est utilisée avec de bons résultats depuis 1933. Les suites opératoires ont été les suivantes: mortalité globale, 3,2 pour 100 (amputations 3,34 pour 100, hystérectomies abdominales 5,38 pour 100, hystérectomies vaginales 2,57 pour 100, énucléations 0,9 pour 100). Le séjour à la clinique fut inférieur à vingt jours dans 97,33 pour 100 des cas d'hystérectomie vaginale et dans 60,86 pour 100 des cas d'hystérectomie abdominale. Il faut noter une fistule stercorale, un iléus paralytique, des abcès de la paroi, parmi les complications qui nécessitèrent une réintervention.

Après une revue détaillée des indications opératoires, K. conclut en soulignant les avantages — pour la majorité des éventualités — du traitement chirurgical. La radiothérapie post-opératoire a été utilisée dans 15 pour 100 des cas.

Galla. ***Pemphigus conjonctival*** (*Bratislavske Lekarske Listy*, an. **17**, n° 6, Juin 1937, p. 277-286). — Ce cas assez rare (107 observations en 50 ans, dans la littérature mondiale) de pemphigus bilatéral de la conjonctive est observé chez un sujet de 55 ans. Les stigmates inflammatoires (hypérémie, exsudation) sont peu accentués. Du côté droit, le moins atteint, il y a symblépharon, avec comblement partiel du sac lacrymal par sclérose cicatricielle en bandes, et pseudoptérygion couvrant tout le segment antérieur de la cornée. Du côté gauche on constate une sclérose cicatricielle totale de la conjonctive, avec rétrécissement de la fente palpébrale. Les paupières adhèrent au bulbe, dont la mobilité est très réduite. La cornée est opacifiée, sèche, insensible. Sur la conjonctive on ne relève ni bulle, ni trace de bulle. Sur l'épiglotte, la base de la langue et le larynx, la muqueuse est régulièrement érodée par places, infiltrée et épaissie ailleurs. La muqueuse buccale présente de même des exulcérations superficielles avec vestiges de la pellicule épithéliale des bulles. Il n'existe aucune lésion cutanée à retenir. En dix-huit ans de pratique ophtalmologique et après plus de 100.000 examens, ce cas est le seul que G. ait rencontré. Il indique, en terminant, les éléments principaux du diagnostic différentiel et souligne l'inefficacité du traitement.

Subik. ***Maladie de Bang*** (*Bratislavske Lekarske Listy*, an. **17**, n° 6, Juin 1937, p. 286-311). — Relativement fréquentes chez les animaux, les brucelloses sont exceptionnelles chez l'homme en Tchécoslovaquie. S. indique tout d'abord la situation actuelle de nos connaissances bactériologiques, cliniques et anatomo-pathologiques. Il présente ensuite une observation personnelle de brucellose, survenue chez un ouvrier agricole, à la suite d'ingestion de lait non bouilli. La courbe thermique, l'image hématologique (leucopénie modérée, avec lymphocytose relative), l'hépathomégalie, la congestion rénale, la pleurite et l'évolution même n'offrent rien que de classique. L'agglutination est positive à 1/3.200 et, au bout d'un an, à 1/1.200.

L'analogie est complète entre les lésions anatomo-pathologiques observées chez l'homme et celles de la maladie expérimentale. Il s'agit, en somme, d'un processus inflammatoire proliférafif chronique, sans tendance à la caséification, limité au système réticulo-endothélial, débordé seulement s'il s'agit de germes exceptionnellement virulents. Dans la pseudo-tuberculose des rongeurs, la morve et la tularémie, on constate des différences, déjà visibles macroscopiquement, et un processus nettement exsudatif. Chez le cobaye, le blocage du système réticulo-endothélial semble n'avoir aucune influence sur l'évolution de l'infection, non plus que sur les réactions sérologiques, qui conservent toutes leurs taux et leurs intensités originels.

S. examine enfin les caractéristiques des réactions sérologiques observées chez le cobaye. La déviation du complément est précocement positive (3e, 6e, 13e jour), mais de façon inconstante. L'agglutination se produit dès le 5e jour. Chez certains animaux elle atteint jusqu'à 1/40.000 de la 8e à la 11e semaine. Les autopsies et les examens

histologiques montrent l'inefficacité des tentatives thérapeutiques par le vaccin, l'abortive et le pyrovaccin (bact. coli et bleu de méthylène).

Mores. ***Caractères cliniques et épidémiologiques de l'épidémie de poliomyélite antérieure aiguë de 1936 en Slovaquie*** (*Bratislavske Lekarske Listy*, an. 17, n° 7, Juillet 1937, p. 348-357). — L'épidémie de 1931, décrite par le Prof. Chura, avait atteint 145 enfants. Celle de 1936 — avec 113 cas (64 hospitalisés) — se localise aux régions proches du Danube, du Vah, de la Nitra, de la Stravnica et du Hernod, dont la population est assez clairsemée et les voies de communication peu nombreuses.

L'absence de contamination familiale ou scolaire s'explique par la notion d'infection inapparente, due à l'atténuation du virus, sous l'influence des bactéries saprophytes, sans diminution du pouvoir antigène. Chez deux sujets déjà en traitement à l'hôpital pour une autre maladie, l'incubation fut de six jours, mais l'origine de la contamination ne put être décelée que chez l'un des deux (voisin de lit).

Certaines méningites lymphocytaires bénignes, considérées en général comme autonomes, devraient être rattachées aux formes méningées de la maladie. De même certaines paralysies faciales rebelles. A l'opposé de l'opinion classique, la brusquerie et l'intensité des signes généraux initiaux sont en faveur de l'évolution bénigne.

L'emploi du sérum de convalescent, fourni par l'Institut d'Hygiène d'Etat, a été réservé aux cas sévères, avec paralysies importantes. Le taux des anticorps est en général peu élevé et les doses injectées relativement faibles (10 à 16 cmc par voie lombaire). Aucun incident thérapeutique n'est à retenir. Les essais d'immunisation active, par virus atténué, sont encore insuffisamment probants, si même ils ne sont pas dangereux. L'antisepsie nasopharyngée paraît se montrer utile tant en pratique clinique qu'expérimentalement (Schultz), mais le bon effet de la prévention comme de la thérapeutique reste, avant tout, fonction de la précocité du diagnostic et de leur mise en action.

Havranek. ***La localisation des tuberculoses ostéo-articulaires est-elle fonction du rythme de croissance?*** (*Bratislavske Lekarske Listy*, an. 17, n° 8, Août 1937, p. 398-406). — L'ensemble de cet important travail a pour base l'étude de 1.560 cas traités de 1927 à 1936, dans les services chirurgicaux de l'Institut orthopédique de Kosumberk. Voici d'abord les résultats statistiques les plus intéressants. Sur le chiffre total des malades observés, la proportion des tuberculeux osseux est de 71,4 pour 100. Ces 1.114 tuberculeux se répartissent ainsi: spondylites, 24,3 pour 100; coxalgies, 22,08 pour 100; ostéites multiples, 21,3 pour 100; tumeurs blanches du genou, 16,6 pour 100; tarsites. 6,46 pour 100; spina ventosa, 3,41 pour 100; ostéites pelviennes, 1.26 pour 100; ostéites du sternum ou des côtes 0,99 pour 100, du coude et du cubitus 0,99 pour 100, du carpe 0,72 pour 100, de l'omoplate 0,54 pour 100, des os longs 0,45 pour 100, du crâne 0,36 pour 100.

Si ces résultats ne sont pas en parfait accord avec ceux d'autres statistiques, cela tient sans doute à des divergences terminologiques, cliniques ou anatomo-pathologiques, et surtout au recrutement limité et nullement superposable des divers services, en sujets d'âge différent. C'est ainsi que le spina ventosa, commun surtout dans la toute première enfance, peut être considéré par certains auteurs (Johansson) comme plus fréquent que les spondylites.

C'est en remarquant le lien qui réunit l'âge et la prédominance des localisations particulières, que H est amené à noter la concordance manifeste de la courbe de croissance et de la courbe de fréquence, avec coïncidence des maxima et des minima. L'incomplète similitude des courbes s'expliquerait par les différences des rythmes d'évolution. Il y a lieu, à cet égard, de poursuivre les recherches de Stefka et de ses collaborateurs. Les images radiologiques sont, à elles seules, insuffisamment explicites. L'étude de l'histo-architecture ostéo-musculaire et la mise en lumière des modifications de structure et de vascularisation dues à la croissance, en regard des notions de périvascularite osseuse, sont susceptibles de compléter les renseignements fournis par les clichés radiographiques et d'apporter la preuve du rôle joué par le rythme de croissance dans l'éclosion des diverses formes particulières.

Netousek et Carsky. ***Contribution à l'étude expérimentale et clinique de la gastrectomie totale*** (*Bratislavske Lekarske Listy*, an. 17, n° 10, Octobre 1937, p. 456-466). — Sur 8 chiens opérés de gastrectomie totale, 4 sont morts peu après, tandis que les quatre autres ont survécu de quatre à neuf mois, dans des conditions biologiques satisfaisantes. Parmi ces derniers une chienne mit bas une portée de petits normaux et sains. Le but des recherches expérimentales poursuivies était d'établir de quelles anomalies particulières est suivie la suppression totale de l'estomac, et notamment si l'on observe des œdèmes et des altérations hématologiques. Le dosage des albumines sanguines n'a pas été retenu, en raison des oscillations et des variations importantes de taux constatées déjà avant l'intervention chez chacun des animaux. En aucun cas il n'y a eu d'œdème. Une légère anémie a été notée, mais une seule fois. Dans les trois autres cas un certain degré d'hypohémoglobinémie s'est accompagné d'une faible diminution du nombre des globules rouges.

N. et C. rapportent ensuite l'observation d'un sujet opéré depuis déjà neuf mois, pour épithélioma, de gastrectomie totale par la méthode Billroth II. Ce sujet est aujourd'hui en bonne santé apparente: il a repris 12 kilogr. et son examen hématologique ne décèle plus aucune anémie.

CASOPIS LEKARU CESKYCH
(Prague)

Henner. ***Arachnoïdite de la fosse cérébrale postérieure*** (*Casopis lekaru ceskych*, t. 76, n° 26, 2 Juillet 1937, p. 1120-1135). — Sur 71 cas de syndromes cérébelleux observés jusqu'à présent et dans lesquels l'examen neurologique complet a été possible avant l'intervention ou avant la vérification, il s'agissait 7 fois d'une arachnoïdite de la fosse cérébrale postérieure. Ces 7 malades ont été suivis au cours des deux dernières années, depuis le mois de Juin 1935, et opérés par le Prof. Jirasek. Les cas non vérifiés ont été exclus par H. de son travail.

Le diagnostic d'arachnoïdite n'a été porté que deux fois avant l'intervention. Pour les 5 autres cas, le diagnostic topographique était parfaitement exact, mais l'hypothèse d'une tumeur, et non celle d'une arachnoïdite, avait été soulevée. Quatre fois la ventriculographie fut pratiquée avant l'opération.

Dans les antécédents on relève deux fois l'existence d'une otite, une fois de multiples récidives d'angines, une fois de traumatisme sportif et de rhumatisme, mais chez les quatre derniers sujets aucun épisode pathologique antérieur, susceptible d'éclairer l'étiologie de la lésion, n'a pu être retrouvé.

Cliniquement, les particularités observées ont été les suivantes: le syndrome complet d'hypertension intracranienne, avec stase papillaire, existait chez 5 malades, tandis que les deux autres n'avaient aucune stase ni aucun stigmate oculaire. Un seul sujet n'avait aucune céphalée et ne présentait aucune anomalie skiagraphique. Une surdité complète, sans aucun antécédent otitique, fut notée deux fois. Un seul malade présentait un syndrome mental, mais l'évolution en fut rapide et brutale, due à une hydrocéphalie aiguë par obstruction des trous de Luschka et de Magendie. Toute anomalie psychique disparut après l'opération.

H. a la conviction que les formations kystiques et les adhérences se produisent très souvent dans la fosse cérébrale postérieure sans qu'aucune manifestation clinique n'en révèle l'existence, et n'en permette le diagnostic. Après formation du cloisonnement et s'il n'y a pas de troubles importants dans la circulation du L. C. R. la lésion constituée peut subsister indéfiniment latente.

Pour beaucoup d'auteurs et d'après la bibliographie, il serait de règle que le syndrome d'hypertension intracranienne évoluât, dans les arachnoïdites de la fosse cérébrale postérieure, plus dramatiquement et plus vite que les tumeurs de même localisation. H. s'élève contre cette conception, en soulignant que 6 fois sur 7 l'évolution du syndrome fut aussi lente et aussi imprécise que s'il s'était agi d'un processus tumoral. De même la surdité absolue, généralement considérée comme caractéristique d'un neurinome du VIII et comme base du diagnostic différentiel avec les arachnoïdites, n'est pas aussi exceptionnelle que l'indique la littérature (2 cas sur 7). Enfin l'absence fréquente de signes cérébelleux, aux stades où l'opération est encore opportune, est indiquée dans la plupart des travaux, alors qu'en réalité, un examen minutieux et complet décèle toujours l'existence de signes assez précis pour permettre une localisation exacte (7/7). Une connaissance insuffisante ou des examens incomplets, prouvés du reste par les lacunes habituelles des observations publiées dans ce domaine, peuvent seuls expliquer cette conception.

Quatre malades sur 7 ont complètement guéri après l'opération. Les signes d'hypertension intracranienne, la stase papillaire et les troubles visuels ont complètement disparu. Deux moururent, et l'un d'eux de méningite provenant d'une otite incomplètement guérie. Un seul conserva des anomalies cliniques, vraisemblablement par arachnoïdite périchiasmatique ou récidive du blocage liquide ventriculaire, mais il refusa une seconde intervention. Il s'agissait toujours, dans ces divers cas, de processus adhésifs, avec formations kystiques 6 fois sur 7, et simples adhérences dans le dernier cas.

Popek. ***La « Cure Bulgare » dans le traitement de la maladie de Parkinson*** (*Casopis lekaru ceskych*, t. 76, n° 39, 1er Octobre 1937, p. 1656-1660). — La médication envisagée est constituée par une décoction de racine de belladone bulgare dans du vin (5 gr. de racine pour 100 gr. de vin blanc). Cette préparation se donne deux fois par jour (à 9 heures et à 21 heures) à doses progressivement croissantes de 1 cmc. par prise jusqu'à 10 et même 15 cmc. La rigidité, la bradycinésie, les hypersécrétions salivaire, sébacée et sudorale sont les symptômes les plus facilement atténués. Le tremblement n'est que passagèrement amélioré, les spasmes (oculogyres par exemple) et les troubles mentaux sont très peu modifiés. Sur les 35 malades de P., 23 furent très nettement améliorés, 3 présentèrent des signes d'intolérance qui imposèrent l'interruption du traitement. Il conclut donc que la médication préconisée par Rajeff est surtout efficace dans les formes relativement légères et permet, dans ces cas, une reprise du travail, mais que chez les sujets plus gravement atteints, elle ne se montre ni plus active, ni mieux tolérée que les autres.

Prokop. ***Etude comparative des résultats fournis par l'examen du L. C. R. prélevé par voie lombaire et par voie sous-occipitale*** (*Casopis lekaru ceskych*, t. 76, n° 39, 1er Octobre 1937, p. 1660-1668). — Pour apprécier les valeurs respectives des ponctions lombaire ou sous-occipitale dans l'étude du L. C. R. et vérifier si la proximité du foyer inflammatoire se révèle de quelque ma-

nière, P. a choisi 53 sujets porteurs de lésions syphilitiques du névraxe en évolution (37 paralysies générales, 7 syphilis cérébrales, 9 tabès). Or, dans la grande majorité des cas et quel que soit le siège de la lésion c'est dans le liquide prélevé par voie lombaire que les anomalies biochimiques et microbiologiques étaient les plus accentuées, aussi bien pour le chiffre de la lymphocytose que pour l'hyperalbuminose et l'étirement des courbes colloïdales. Les différences ne sont cependant pas considérables et ne dépendent pas de la séméiologie de la maladie.

Kotyza. ***Importance de l'amygdalectomie dans la prophylaxie et le traitement du rhumatisme articulaire*** (*Casopis lekaru ceskych*, t. **76**, n° 40, 8 Octobre 1937, p. 1681-1688). — La statistique établie par K. porte sur 2.458 amygdalectomies, pratiquées en cinq ans, de 1931 à 1935, dans la clinique du Prof. Precechtel à Prague. L'opération avait été décidée chez 1.140 sujets (46,37 pour 100) par suite de manifestations rhumatismales. Dans les formes aiguës 94 pour 100 des malades ont été guéris ou améliorés, surtout lorsque l'intervention a été effectuée dans la première année de la crise initiale. Les douleurs articulaires s'exacerbent souvent après l'intervention (48 pour 100) et s'accompagnent parfois de phénomènes fluxionnaires (12 pour 100). Dans les formes subaiguës ou secondairement chroniques l'effet est encore très favorable. Dans les spondyloses et le rhumatisme chronique déformant le bénéfice est nul. Les épreuves d'allergie cutanée, étudiées simultanément chez 32 rhumatisants, ont été positives pour le staphylocoque blanc (71,8 pour 100), le streptocoque hémolytique (25 pour 100) et divers autres germes. Sur la totalité des cas les femmes se trouvaient en majorité (58,3 pour 100). Le début de la polyarthrite est précédé par une angine aiguë (54 pour 100) ou, moins souvent, par une phase d'amygdalite chronique. Ce début n'est presque jamais immédiat et l'intervalle qui sépare les deux épisodes, pharyngé et articulaire, varie habituellement de huit jours à un mois. Tous ces faits, mais surtout la très forte proportion des guérisons de R. R. A. après amygdalectomie, sont en faveur de la conception allergique qui place, dans les amygdales, le foyer de sensibilisation microbienne.

Sekaninova et **Renc.** ***Les entérocolites d'origine azotémique*** (*Casopis lekaru ceskych*, t. **76**, n° 40, 8 Octobre 1937, p. 1689-1693). — Dans une intéressante revue générale des manifestations digestives observées au cours des néphrites chroniques, S. et R. font une étude détaillée des troubles fonctionnels, des lésions anatomiques et de leur pathogénie respective qui caractérisent les répercussions de l'hyperazotémie sur la muqueuse intestinale. Les causes les plus habituelles en seraient la rupture capillaire, due à l'hypertension ou à des embolies nécrosantes, l'irritation de la muqueuse par l'élimination supplétive de déchets azotés toxiques, enfin une fragilité particulière de cette muqueuse consécutive à des processus inflammatoires antérieurs. La perforation intestinale est un accident exceptionnel, imputable à la longue durée et à l'intensité des éliminations toxiques, évoluant sur un terrain spécialement affaibli.

Patocka. ***Nouveau procédé de culture pour les anaérobies stricts*** (*Casopis lekaru ceskych*, t. **76**, n° 42, 22 Octobre 1937, p. 1743-1747 ; n° 43, 29 Octobre 1937, p. 1784-1788). — Après avoir passé en revue les divers procédés généralement utilisés pour la culture des anaérobies, P. indique une méthode nouvelle qui lui est personnelle et qui utilise l'acide ascorbique et son action sur le potentiel oxydo-réducteur du milieu de culture. La teneur en acide ascorbique recommandée est de 0,5 pour 1.000 pour les milieux liquides et de 1 pour 1.000 pour les milieux solides, qu'il y a intérêt à alcaliniser légèrement (Ph: 7,2-7,4). L'intérêt de cette méthode réside dans sa simplicité et dans son efficacité quel que soit le milieu choisi et quelle que soit la sensibilité des germes étudiés.

Hlavacek. ***L'hérédité dans les amygdalites chroniques et leurs complications*** (*Casopis lékaru ceskych*, an. **76**, n° 44, 5 Novembre 1937, p. 1797-1799). — Dans un groupe de 60 malades, choisis au hasard, parmi les sujets traités à la clinique oto-rhino-laryngologique du prof. Precechtel pour amygdalite chronique, H. a pu très nettement retrouver trente fois (50 pour 100) des antécédents héréditaires significatifs. L'hérédité semble jouer un rôle important, non seulement dans la prédisposition à l'infection pharyngée, mais aussi dans l'éclosion des manifestations pathologiques consécutives et des complications (néphrites, rhumatismes, endocardite). Il présente ainsi une série d'arbres généalogiques sur lesquels s'inscrivent, pendant trois ou quatre générations successives, les mêmes localisations infectieuses tonsillaires et secondairement viscérales. La fréquence des complications et souvent les mêmes complications se retrouvent dans les familles d'une génération à l'autre et il cite des cas dans lesquels la lésion pharyngée revêtait toujours la forme d'un abcès périamygdalien. H. en conclut que la structure même de l'amygdale subit l'influence certaine de l'hérédité, ce qui doit nécessairement entraîner la mise en jeu de mesures prophylactiques efficaces.

Janovsky. ***Myéloblastome des os de la face*** (*Casopis lékaru ceskych*, an. **76**, n° 44, 5 Novembre 1937, p. 1799-1803). — Considéré en général comme une variété des myélomes, le myéloblastome ne s'observe ordinairement que chez des sujets assez âgés. L'observation publiée par J. concerne un enfant de 9 ans, qui fut examiné et traité à la clinique du prof. Petrivalsky, de Brno. La malignité de la tumeur fut telle que la mort survint seulement trois mois après le début des douleurs, signe clinique initial. Le processus tumoral avait détruit la presque totalité des os de la face (maxillaire supérieur gauche, arcade zygomatique, os frontaux, os propres du nez, paroi interne de l'orbite, etc). D'après les radiographies, le point de départ de la lésion se trouvait au centre du maxillaire gauche, le plus atteint. Le tableau clinique et l'évolution permettaient de rapprocher ce cas de celui que décrivit le prof. Ishiara en 1936 (sarcome de Ewing), mais la vérification histologique prouva qu'il s'agissait d'un myélome, constitué surtout de myéloblastes immaturés, c'est-à-dire un myéloblastome. Cette localisation aux os de la face n'est pas habituelle pour cette variété de tumeur. En raison du stade encore très peu différencié des éléments cellulaires, la tumeur parut d'abord sensible à la radiothérapie. Mais l'effet du traitement ne fut que temporaire et malgré des doses élevées (en tout 4.755 r.), les rayons X ne purent arrêter l'évolution de la maladie dont la malignité extrême se révélait déjà par l'existence de très nombreuses mitoses et par la progression infiltrante et diffuse du processus néoplasique.

Uhlir. ***Indications et techniques de la résection transurétrale de la prostate*** (*Casopis lékaru ceskych*, an. **76**, n° 44, 5 Novembre 1937, p. 1803-1808). — En soulignant l'importance de l'urétroscopie préalable, à l'aide du panendoscope de Mac Carthy, doté de son nouveau système optique, U. précise les indications de la résection prostatique transurétrale, en se fondant sur une statistique personnelle de 171 cas opérés. La technique de l'exploration, puis la technique opératoire sont minutieusement décrites, avec mention des précautions essentielles les mieux faites pour restreindre le danger des complications post-opératoires. Après avoir fait une étude critique de l'instrumentation la plus récemment proposée, il conclut à la supériorité incontestable de la méthode, lorsque indications, techniques et appareils sont judicieusement choisis.

Hlavacek. ***Intérêt de l'amygdalectomie au cours des fièvres cryptogénétiques*** (*Casopis lékaru ceskych*, an. **76**, n° 46, 19 Novembre 1937, p. 1855-1858). — Après 21 amygdalectomies, pratiquées chez des sujets qui présentaient une fièvre cryptogénétique, la guérison et l'apyrexie furent obtenues 13 fois seulement, mais l'évolution ultérieure montra à 6 reprises, chez ceux qui n'avaient pas été améliorés, l'existence d'une autre localisation (tuberculose, granulomes, endocardite). Les conclusions de H. sont les suivantes : en tout état subfébrile, qui ne s'accompagne d'aucun stigmate inflammatoire amygdalien, il faut se garder d'écarter trop vite cette origine; même en l'absence d'angine, de pharyngite, l'existence de cryptes, d'hypertrophie, de congestion doit faire suspecter son rôle. Et devant la persistance inexpliquée de la fièvre, l'amygdalectomie doit être pratiquée, en raison de la possibilité d'un foyer profond cliniquement inapparent, mais toujours après un minutieux dépistage d'autres localisations éventuelles.

Foit et **Dub.** ***Influence de la protamine-insuline sur la glycémie*** (*Casopis lékaru ceskych*, an. **76**, n° 49, 10 Décembre 1937, p. 1937-1943). — Après avoir établi un très grand nombre de courbes comparatives, tantôt avec l'insuline ordinaire, tantôt avec la protamine-insuline (PI), F. et D. arrivent aux conclusions suivantes :

La glycémie commence à s'abaisser au plus tôt deux heures et au plus tard six heures après l'injection de PI. Le taux minimum de sucre est atteint entre la dixième et la vingt-sixième heure qui suivent l'injection. L'influence des doses est flagrante : l'effet est d'autant plus précoce, d'autant plus accentué et d'autant plus prolongé que la quantité de PI utilisée a été plus importante. Il est donc possible de remplacer plusieurs injections d'insuline ordinaire par une seule de PI, mais celle-ci doit s'approcher d'une quantité globale identique. L'influence de la PI s'accentue progressivement pendant quelques jours, sans que les doses soient augmentées. C'est de préférence le soir entre 20 et 21 heures qu'il est le plus indiqué de pratiquer l'injection. La durée et la stabilité du médicament sont malheureusement beaucoup plus faibles que celles de l'insuline ordinaire : à l'état précipité et conservée en glacière, la PI conserve toute son efficacité environ pendant cinq jours; mais entre 20 et 22°, elle perd en une semaine une grande partie de son activité. Passé six semaines, son activité devient nulle. Toutes les recherches ont été effectuées avec la PI Organon, qui contient du zinc.

REVUE DES JOURNAUX

PARIS MÉDICAL

E. Benhamou, Thiodet et J. Casanova. ***L'asthme hydatique*** (*Paris médical*, t. 28, n° 8, 19 Février 1938, p. 158-162). — Une femme de 54 ans présentait de manière irrégulière des crises dyspnéiques asthmatiformes qui, tantôt duraient quelques heures, tantôt se prolongeaient 10 à 15 jours. Elles se terminaient par l'expectoration de petits crachats rosés, parfois franchement hémoptoïques. Quelques crises brèves apparaissaient et disparaissaient brusquement sans expectoration. Il existait en outre quelques douleurs localisées à la moitié droite du thorax et une zone de matité sous-claviculaire droite. L'examen montra une image arrondie bien délimitée qui imposa le diagnostic de kyste hydatique confirmé par une réaction de Weinberg fortement positive.

Pendant 5 mois, les crises dyspnéiques se reproduisirent irrégulièrement. 17 mois après le début des accidents, une vomique de liquide eau de roche et de vésicules hydatiques se produisit. Les jours suivants, c'est 100 à 150 cmc de pus que la malade rejeta, tandis que de temps à autre revenaient des crises dyspnéiques et des quintes de toux. La radiologie montra une cavité hydro-aérique. L'intervention permit de retirer la poche du kyste. A partir de ce moment l'expectoration, la fièvre et la dyspnée disparurent.

B., T. et C. rapprochent de cette observation quelques cas d'asthme tardif coexistant avec un kyste hydatique du foie ou du poumon et alternant avec des poussées d'urticaire ou d'œdème de Quincke.

Lorsque l'asthme apparaît tardivement et sans antécédents broncho-pulmonaires et lorsqu'il s'accompagne d'autres manifestations anaphylactiques comme l'urticaire, l'œdème de Quincke ou le prurit, il faut penser au kyste hydatique comme facteur de sensibilisation. La présence de crachats rosés ou sanglants et l'absence d'expectoration perlée comme dans le cas cité ne suffisent pas à faire écarter l'hypothèse d'un asthme hydatique.

ROBERT CLÉMENT.

ARCHIVES DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF ET DES MALADIES DE LA NUTRITION (Paris)

A. Travassos (Lisbonne). ***Deux cas de rétrécissement du rectum à étiologie amibienne*** (*Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition*, t. 27, n° 10, Décembre 1937, p. 1025-1033). — Les rétrécissements du rectum d'origine amibienne sont rares. Bensaude en rapporte 2 cas et a pu en recueillir 9 autres déjà publiés. Cette rareté fait l'intérêt du travail de T. qui en rapporte 2 nouveaux cas.

La première observation est celle d'une femme de 25 ans qui, sans avoir jamais eu de dysenterie, se plaint depuis cinq ans de troubles rectaux, avec écoulement abondant et douleurs. A l'examen rectal, on trouve un durcissement des parois de l'intestin et à 7 cm. un rétrécissement qui n'admet que l'extrémité du doigt. On décèle une anémie secondaire avec lymphocytose.

On fait une colectomie iliaque gauche. La réaction intra-dermique de Ito-Reenstierna au Dmelcos est négative. De même la réaction de Bordet-Wassermann. La réaction de Frei est négative.

L'examen rectoscopique après dilatation décèle de nombreuses ulcérations qui sont localisées de part et d'autre du rétrécissement jusqu'à 20 cm. de l'anus.

L'examen direct de l'exsudat permet de déceler des formes végétatives et des kystes d'une amœba.

Traitement par l'émétine qui amène rapidement une très notable amélioration.

La seconde observation est celle d'une femme de 23 ans qui se plaint depuis neuf ans de constipation, sans dysenterie préalable. Ecoulement anal abondant et sanguinolent. On diagnostique un rétrécissement du rectum qui siège à 7 cm. et est infranchissable. Nombreuses ulcérations.

L'examen de l'exsudat permet de déceler l'amibe histolytique. Les réactions de Frei, au Dmelcos, et de Bordet-Wassermann sont négatives. Hyperlymphocytose relative.

Amélioration rapide par l'émétine.

J. OKINCZYC.

JOURNAL D'UROLOGIE (Paris)

J. Cibert et H. Klajman (Lyon). ***L'anthrax du rein*** (*Journal d'Urologie*, t. 44, n° 4, Octobre 1937, p. 273-299; n° 5, Novembre 1937, p. 353-397). — Cette remarquable étude générale, précise et complète, s'appuie sur 68 observations (3 personnelles) que l'on trouvera à la fin du travail. Les *pyonéphrites* se présentent sous 2 grandes formes, une forme miliaire disséminée (furoncles du rein), une forme circonscrite avec deux variétés l'une fréquente l'anthrax, l'autre rare, le grand abcès staphylococcique du rein. L'*anthrax du rein* saille comme une tumeur à la surface du rein: c'est une masse anthracoïde où de nombreux bourbillons de pus à staphylocoque doré se pressent au milieu d'un tissu fibrinoïde plus ou moins dense. La pathogénie, l'étiologie, l'anatomie pathologique de cette affection sont étudiées dans tous leurs détails. Nous n'insisterons ici que sur le diagnostic et le traitement.

Un sujet ayant souffert antérieurement d'une affection staphylococcique est pris d'une fièvre élevée avec signes d'infection générale grave. Douleurs lombaires soit spontanées, soit à la palpation; pas de contractures; le rein peut être gros, il reste mobile. Du staphylocoque, du pus finissent par apparaître dans l'urine; fièvre continue élevée, prostration, leucocytose en général élevée, hémoculture rarement positive, hématurie assez rare. Le phlegmon périnéphrétique n'est pas une complication, mais une forme évolutive de cette affection. Certains anthrax peuvent traîner pendant plusieurs mois; il en est qui se sont compliqués de péritonite (perforation d'un abcès prérénal) ou d'abcès du psoas. Le diagnostic est trop souvent tardif; il erre longtemps parmi les affections les plus disparates.

Si l'anthrax est assez volumineux, il déforme le pyélogramme à la façon d'une tumeur et dans ce cas il entraîne généralement une altération de la fonction du rein malade.

Chimiothérapie, abcès de fixation, médication de choc, transfusion, immuno-transfusion, vaccination, phagothérapie intraveineuse, sérothérapie antistaphylococcique, emploi de l'anatoxine, sont les moyens médicaux dont on dispose contre les infections staphylococciques du rein; il n'est légitime de s'y attarder que si l'on pense à des abcès miliaires; cependant on pourra y recourir si l'on craint une persistance de l'infection staphylococcique après recours au traitement chirurgical qui sera mis en œuvre le plus tôt possible contre les infections localisées telles que l'anthrax.

Si l'anthrax est très étendu, la néphrectomie est indiquée: employée dans 42 cas, elle a donné 9 morts (4 morts sur 8 néphrectomies secondaires à l'incision d'un phlegmon périnéphrétique, 5 morts sur 34 néphrectomies d'emblée).

La simple incision du phlegmon périnéphrétique, sans action directe sur l'anthrax, utilisée dans 8 cas a donné 50 pour 100 de mortalité. Cela engage à rechercher l'anthrax dans tout abcès périrénal.

Si l'on a affaire à une lésion bien localisée le procédé de choix est soit l'énucléation, si on trouve un plan de clivage, soit, dans le cas contraire, la résection, l'évidement ou l'excision avec tamponnement. Voici les résultats obtenus par les diverses opérations conservatrices avec action directe sur l'anthrax:

1° Décapsulation et drainage au niveau de l'anthrax: 2 cas guéris, mais après de lourdes complications;

2° Décapsulation avec incision ou thermo-cautérisation de l'anthrax: 3 cas, 3 guérisons;

3° Excision, évidement ou nettoyage de l'anthrax: 8 cas, 8 guérisons dont 3 lentes;

4° Résection de l'anthrax: 4 cas, 4 guérisons dont une seule fut simple;

5° Enucléation de l'anthrax: 6 cas, 1 mort, 5 guérisons dont l'une, précédée de deux rechutes, ne fut obtenue qu'au bout de six mois.

G. WOLFROMM.

REVUE D'ORTHOPÉDIE ET DE CHIRURGIE DE L'APPAREIL MOTEUR (Paris)

Radulesco et Suzan (Cluj, Roumanie). ***La cyphose tétanique*** (*Revue d'Orthopédie et de Chirurgie de l'appareil moteur*, t. 24, n° 6, Novembre 1937, p. 578-589). — Il n'existe que peu de cas publiés de cyphose tétanique. A propos de 2 cas personnels, R. et S. passent en revue l'histoire de ces cyphoses.

Ils montrent que le rôle des crampes musculaires dans la production de la cyphose n'est pas tout. Il faut ajouter à cette cause la diminution de résistance des corps vertébraux. Pour les uns, Becker, Spiess, cette diminution de résistance provient de minimes infractions, de petites fractures qui se produisent pendant les crises paroxystiques.

D'autres auteurs admettent une décalcification des corps vertébraux résultant de troubles circulatoires, soit par acidose, par œdème de stase (Mutel), soit par mauvais fonctionnement du système sympathique sous l'action de la toxine tétanique.

La cyphose tétanique est une entité clinique et radiologique à part, qui prend naissance pendant l'évolution du tétanos et qui s'achève avec le temps. Il peut exister même un intervalle libre pendant lequel les phénomènes sont stationnaires et peu évidents, comme dans la spondylite de Kümmell-Verneuil.

On observe la cyphose tétanique surtout chez les individus jeunes qui ont été guéris du tétanos à la suite du traitement institué.

Comme localisation, il semble que la cyphose tétanique, si l'on excepte les cas de Brunzel (gibbosité lombaire) et Lance (gibbosité dorsale et lombaire), ait une prédilection pour les vertèbres dorsales.

R. et S. croient que l'affection évolue en trois étapes ayant chacune sa caractéristique :

a) Une *décalcification* d'un grand nombre de vertèbres, conséquence directe ou indirecte du tétanos;

b) Un *tassement* des corps vertébraux avec le maximum de déformation de ceux qui sont dans la zone la plus accentuée de la difformité;

c) Une forte *condensation* osseuse de ces dernières vertèbres.

L'aspect *radiographique* de l'affection, quand la gibbosité est constituée, est assez caractéristique. Les vertèbres déformées sont séparées par des intervalles à peu près normaux; on n'a pas insisté suffisamment sur ce fait, ainsi que sur la *condensation* très marquée des vertèbres.

En ce qui concerne le *traitement*, R. et S. ont eu recours, dans un cas, au traitement orthopédique (extension continue puis corset, et cela a suffi); dans un autre cas, à un traitement orthopédique d'abord et ensuite à une greffe osseuse (synthèse vertébrale avec un transplant autogène costal, procédé Radulesco).

ALBERT MOUCHET.

L'ALGÉRIE MÉDICALE
(Alger)

M. Lefranc. ***Psoriasis et grossesses*** (*L'Algérie médicale*, t. **42**, n° 121, Janvier 1938, p. 21-23). — Une femme d'une quarantaine d'années présenta un psoriasis un an après la naissance de son premier enfant. Divers traitements externes restèrent sans résultats. A la naissance du second enfant, le psoriasis a disparu et la guérison apparente s'est maintenue pendant toute la durée de l'allaitement, mais dès le sevrage, l'éruption est revenue encore plus intense. Au cours de cinq autres grossesses successives, chaque fois les lésions cutanées ont disparu jusqu'à la fin de l'allaitement pour reparaître ensuite.

La répétition de ces faits permet d'éliminer une simple coïncidence. Chez cette femme, le psoriasis semble manifestement avoir été influencé par l'état gravidique.

D'ailleurs, une dizaine d'observations analogues où le psoriasis disparaissait pendant la grossesse ont été signalées.

Par contre, il semble fréquent qu'à l'occasion de la menstruation, de nouveaux éléments de psoriasis apparaissent ou que l'éruption prenne plus d'acuité.

L'administration d'extraits glandulaires a provoqué quelques cas de guérison, mais les rapports entre la grossesse et le psoriasis sont encore mal connus et l'on n'en peut guère déduire de traitement. Peut-être est-ce aux modifications du métabolisme du cholestérol pendant la grossesse qu'est due l'influence de cet état sur l'évolution du psoriasis.

ROBERT CLÉMENT.

GAZETTE HEBDOMADAIRE
des
SCIENCES MÉDICALES DE BORDEAUX

H. A. Füller. ***Toxicité du potassium. Potassium et urémie*** (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, t. **59**, n° 7, 13 Février 1938, p. 102-111). — Le potassium est un poison du cœur. Perfusé avec un sérum artificiel contenant un excès de potassium, un cœur isolé s'arrête en diastole.

Un homme sain a succombé après l'ingestion de 10 gr. de chlorure de potassium. Il a présenté les symptômes suivants : ictère, oligurie, albuminurie, défaillance cardiaque et respiratoire, paralysie, coma et mort.

La toxicité du potassium administré par la bouche est accrue chez les sujets néphrectomisés et dans les néphrites avec pouvoir excrétoire diminué. Dans ce cas, la quantité de potassium contenu dans les aliments ordinaires peut être dangereuse.

De petites doses de potassium ralentissent le cœur, renforcent les battements et augmentent la pression. Avec des doses modérées, il y a, au contraire, paralysie cardiaque et chute de la pression. De fortes doses ont une action dépressive sur la respiration. Il a une action déprimante sur le cerveau et la moelle épinière.

Le chlorure de potassium est peu employé en thérapeutique; on l'a surtout préconisé dans l'hypertension artérielle. Dans les néphrites, son excrétion est entravée, il s'accumule dans l'organisme et provoque des symptômes toxiques. La toxicité des urines normales dépendrait presque entièrement de leur contenu en potassium.

Le calcium, le sodium et le magnésium paraissent tous les trois être antagonistes du potassium, mais le magnésium semble avoir donné les résultats les plus probants dans le traitement des états morbides où le potassium peut être mis en cause, notamment dans l'éclampsie.

En raison de la non-toxicité de l'urée et de la grande toxicité du potassium pour les sujets atteints de néphrite grave, F. pense que le potassium est une des causes essentielles des phénomènes dits « urémiques ».

ROBERT CLÉMENT.

LYON MÉDICAL

Ch. Roubier. ***Les bronchectasies géantes solitaires*** (*Lyon Médical*, t. **161**, n° 6, 6 Février 1938, p. 137-146). — A propos de deux observations chez des hommes de 48 et 58 ans avec autopsie, R. étudie cette forme de la dilatation des bronches.

La dilatation géante des bronches est constituée par une cavité unique, pouvant atteindre le volume d'une noix et même d'une mandarine, et siégeant en un point quelconque du poumon, au sommet, à la base ou à la partie moyenne du lobe inférieur. Parfois régulièrement arrondie, elle peut aussi présenter des diverticules. Les parois de la cavité ont les caractères histologiques des parois bronchiques.

Ces dilatations bronchiques géantes peuvent rester cliniquement latentes pendant une très longue période, et n'être décelées que par la radiologie. Dans d'autres cas, la symptomatologie est celle de la dilatation des bronches avec ses poussées et ses périodes d'accalmie, ou elle rappelle celle de l'abcès du poumon. Les signes physiques varient suivant la dimension de la poche et l'importance de sa communication avec la bronche.

Ce qui individualise cette forme, c'est son aspect radiologique. La cavité géante est visible sans lipiodol sous la forme d'une image arrondie à contours nets tranchant sur la transparence normale du parenchyme voisin. Il y a parfois une image hydroaérique tout à fait typique. La cavité est injectable au lipiodol qui peut montrer d'autres petites bronchectasies au voisinage.

Dans les 2 cas cités, la tuberculose n'était pas en cause. Un des malades avait une réaction de Bordet-Wassermann positive, chez l'autre rien ne permettait de penser à la syphilis. Il y a une similitude complète au point de vue histologique entre ces cavités bronchiques et les kystes gazeux congénitaux du poumon. Cette constatation est en faveur de l'hypothèse de l'origine congénitale des bronchectasies.

Le diagnostic se pose avec l'abcès du poumon. S'il y a lieu d'intervenir, la lobectomie serait plus logique qu'un simple drainage, car ces cavités ont des parois rigides qui ont peu de tendance à l'accolement et on s'exposerait à une suppuration interminable.

ROBERT CLÉMENT.

A. Dufourt, B. Müller et **L. Reynaud.** ***La ligne pleurale axillaire, signe de symphyse*** (*Lyon Médical*, t. **161**, n° 10, 6 Mars 1938, p. 253-258). — Les signes de symphyse pleurale sont variés et inconstants, de sorte qu'il est souvent difficile d'établir, au moment où l'on va pratiquer un pneumothorax thérapeutique, l'existence ou l'absence d'une symphyse.

Un signe radiologique paraît avoir une grande importance : c'est une ligne bien visible qui suit la face interne du gril costal depuis l'aisselle jusqu'au diaphragme où elle se confond, dans le sinus costo-diaphragmatique, avec l'ombre qui comble souvent ce sinus. En haut, la ligne disparaît le plus souvent lorsqu'elle arrive dans la région axillaire, mais on peut la voir se poursuivre plus haut. Elle est séparée de la face interne du gril costal par 2 ou 3 mm. et est surtout visible dans la clarté des espaces intercostaux. L'épaisseur de la ligne est variable, elle est fonction de celle de la symphyse pleurale, car cette image n'est que la projection radiologique de la symphyse vue par sa tranche.

Sur 46 cas de symphyse, on a pu repérer la ligne pleurale axillaire 20 fois. La plus ou moins grande visibilité de cette ligne tient à des facteurs de technique radiologique. Il faut éviter les clichés trop « contrastés » et chercher la position dans laquelle elle apparaît avec le plus de netteté.

Chaque fois que l'on a vu sur la radiographie la ligne symphysaire, on est tombé sur une cavité pleurale obstruée. Les modifications du diaphragme, les nombreuses déformations radiologiques de cet organe n'ont souvent que la valeur d'une symphyse diaphragmatique, la ligne pleurale axillaire témoigne d'une symphyse de la grande cavité.

ROBERT CLÉMENT.

ZEITSCHRIFT FUR ORTHOPÆDIE
(Stuttgart)

F. Holldack (Dresde). ***Une forme rare de myosite ossifiante progressive*** (*Zeitschrift für Orthopädie*, vol. **62**, fasc. **2**, 23 Décembre 1937, p. 95-104). — Les lésions du malade, âgé de 47 ans, localisées au membre inférieur droit, ont eu leur début brusque et douloureux alors qu'il était âgé de 7 ans. Ces douleurs disparurent en peu de temps laissant une flexion du genou, traitée sans succès par l'extension à l'âge de 11 ans, mais qui s'atténua. Il y eut, en somme, une rémission de trente-cinq ans. Une chute d'escalier, il y a cinq ans, produisit une fracture du fémur et réveilla une sensibilité douloureuse spontanée et provoquée qui n'a jamais complètement disparu. Des douleurs de la fesse, apparues depuis huit semaines, motivent l'admission en Mai 1937.

Le membre inférieur droit, fortement augmenté de volume, fléchi à la hanche et au genou, est raccourci, et le pied, qui a l'aspect de celui d'un enfant de 10 ans, ne touche pas le sol malgré son équinisme. Des veines variqueuses présentent par places des noyaux indurés. Les masses musculaires ont une dureté ligneuse et sont douloureuses à la pression. Les articulations, activement et passivement, sont immobiles.

La radiographie montre un retard de développement de la moitié droite du bassin et de tous les os du membre inférieur, avec assez forte décalcification. Dans les muscles, à la fesse, à la cuisse, à la jambe, il y a les ombres striées et en réseau de la myosite ossifiée, mais aussi, dans les muscles de la jambe, des ombres nuageuses peu denses de calcification.







CHLORO-CALCION

Le malade refuse la prise de sang et la biopsie demandées.

H. expose la difficulté qu'il éprouve à classer son observation soit comme *myosite ossifiante*, soit comme *calcinose interstitielle*, affections regardées comme tout à fait séparées et pour lesquelle- même Küttner propose un signe distinctif certain qui est l'existence de nodosités calcaires sous-cutanées caractéristiques de la calcinose et qui n'existeraient jamais dans la myosite ossifiante.

Mais H. ne se résout point à adopter ce choix sans réserve car son observation a des caractères différents de ceux reconnus à la myosite ou semblables à ceux de la calcinose.

Les ossifications musculaires de son malade n'étaient pas associées à une malformation congénitale, elles étaient, fait unique, localisées à un membre; elles avaient subi une évolution régressive et un arrêt de trente-cinq ans, elles avaient en 1899 été trouvées associées à des noyaux musculaires isolés avec état éléphantiasique de la peau, toutes constatations que n'offre pas la myosite ossifiante à marche envahissante et progressive.

Par contre, il trouva des analogies avec la calcinose interstitielle. La malade pour qui Krause et Trappe, en 1907, ont créé cette dénomination, avait sa goutte calcique (Kalkgicht) localisée aussi à la fesse, à la hanche, à la cuisse; elle eut une régression des lésions nodulaires et sous-cutanées; elle présentait aussi une association des ossifications aux simples dépôts calciques.

H. conclut en faisant de son cas une forme rare, intermédiaire à la myosite ossifiante et à la calcinose interstitielle; il a pu rassembler quelques cas où cette réunion des caractères des deux affections a déjà été notée. Elles relèvent d'ailleurs toutes deux, d'après les conceptions actuelles, d'une même tendance anormale congénitale à laquelle on a donné les noms de diathèse ossifiante et d'avidité calcique des tissus.

P. Grisel.

ZENTRALBLATT für CHIRURGIE *(Leipzig)*

Lieuze (München). ***Points de vue nouveaux dans la pathologie des morsures de chat*** (*Zentralblatt für Chirurgie*, t. **64**, n° 48, 27 Novembre 1937, p. 2741-2744). — Une femme de 69 ans est mordue par un chat angora au dos de la main et de l'avant-bras gauche. Les plaies sont multiples, petites et superficielles; la malade ressent presque aussitôt des douleurs violentes qui l'amènent à l'hôpital; on ne constate qu'un peu de gonflement, de rougeur et d'élévation de température locale au pourtour des plaies, mais les doigts et le poignet sont immobilisés. Pas de lymphangite; température normale.

Au 17e jour, reprise des douleurs avec une violence particulière; le gonflement se localise au niveau du poignet; l'état général est mauvais (somnolence), mais il n'y a toujours pas de fièvre. On incise la zone tuméfiée sans trouver de pus: les tissus sont infiltrés d'œdème.

Quelque temps auparavant, Kremsreiter avait observé, également à Munich, un cas absolument analogue.

Dans les deux cas, on a trouvé, en culture pure, dans les sécrétions de la plaie, un bâtonnet court, hémoglobinophile, ressemblant aux bacilles de l'influenza et de la coqueluche, mais s'en différenciant par certains caractères culturels. Ce bacille, très pathogène pour les animaux, a été retrouvé dans la gorge du chat qui avait mordu la malade de L., et aussi dans la gorge d'autres chats sains.

On trouvera dans le travail original de L. les principaux caractères bactériologiques de ce microbe; Rimpau, qui en a fait l'étude, le range parmi les *Pasteurella*.

Ch. Lenormant.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT *(Vienne)*

Fauth. ***Répartition du calcium dans le sang humain*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **50**, n° 43, 29 Octobre 1937, p. 1486-1487). — F. expose d'abord ses méthodes de dosage, méthode de de Waard ou de Kramer et Tisdall pour le titrage du Ca du sérum, de Van Slyke et Sendroy pour le titrage plus délicat du Ca du plasma; il insiste sur la nécessité d'utiliser un filtre de verre, les filtres de papier faussant les résultats.

Ses conclusions qui s'appuient sur de nombreux dosages ne sont pas conformes à l'opinion de quelques auteurs (Steward et Percival, Waelsch, Rittel, etc.). Il trouve en effet que le taux du Ca du plasma est sensiblement constant, qu'on pratique le dosage quelques minutes après le prélèvement, une heure après, ou dans l'intervalle; pendant ce temps on n'observe donc aucune migration de l'ion Ca. En outre, dans la plupart des cas, il n'existe pas de différence appréciable entre le taux du Ca du plasma et celui de la quantité de sérum correspondante.

G. Basch.

Alimenti et **Neumann.** ***Aperçu sur les indications et la technique du pneumopéritoine*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **50**, n° 43, 29 Octobre 1937, p. 1487-1483). — A. et N. préconisent un emploi plus fréquent de cette méthode, jusqu'ici réservée aux phtisiologues, et en exposent la très simple technique: On utilise un appareil à insufflation d'un type courant, une aiguille de 1 mm. de diamètre au plus, à extrémité mousse, et à orifice latéral. On pique, sans anesthésie locale, deux travers de doigt au-dessous et à gauche de l'ombilic, et avec un peu d'habitude on perçoit facilement la résistance des différentes couches; à l'instant où l'aiguille perfore le péritoine, le malade ressent une douleur à laquelle il s'habitue d'ailleurs; il est bon d'aspirer avant d'insuffler, afin de vider l'aiguille du sang qu'elle peut contenir. On introduit de 4 à 500 cmc de gaz (air ou oxygène), et la pression du manomètre ne dépasse pas 1 cmc d'eau environ, alors que si l'aiguille n'a pas pénétré dans le péritoine, on voit la pression s'élever très rapidement; le manomètre sert ainsi de contrôle, en même temps que certains signes qui accompagnent l'insufflation: élévation du foie, et douleur constante dans une ou dans les deux épaules, d'origine très probablement phrénique. L'intestin fuit généralement sous l'aiguille et les auteurs n'ont pas observé de perforation, qui d'ailleurs, étant donné le calibre de l'aiguille, n'entraînerait sans doute pas de complications.

Les insufflations sont espacées de trois jours (O.) à sept jours (air) et leur nombre est des plus variables. Il est préférable que les malades soient hospitalisés au début, mais ce n'est pas indispensable.

Les bons résultats dans la tuberculose entéro-péritonéale sont bien connus, ainsi que ceux observés dans les troubles intestinaux consécutifs au pneumothorax gauche; moins connues sont les guérisons des accès de toux paroxystiques. Mais en dehors des affections bacillaires, les entérites douloureuses et particulièrement l'entéro-colite chronique et ses manifestations (constipation ou diarrhée) sont justiciables du pneumopéritoine.

G. Basch.

Marburg. ***Contribution à la question des tumeurs cérébrales expérimentales*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **50**, n° 44, 5 Novembre 1937, p. 1509-1511). — A la suite de l'article d'Askanazy paru dans le même journal, sur la production expérimentale de tumeurs cérébrales, M. croit devoir faire part des résultats actuels des travaux qu'il poursuit depuis trois ans. Parti de l'idée que le traumatisme est susceptible, dans certaines conditions, de déterminer la production d'une tumeur, il a recherché quelles étaient ces conditions: dispositions constitutionnelles résidant peut-être dans un déséquilibre hormonal, les causes déterminantes pouvant provenir de différents organes ou tissus: hypophyse, thymus, rate (dans 38 comptes rendus d'autopsie sur 52, M. a trouvé que la rate était modifiée dans son aspect macroscopique).

M. a choisi comme animaux d'expérience des lapins âgés de 8 jours, animaux possédant l'hypophyse, l'épiphyse, un thymus en pleine activité, tandis qu'au contraire les glandes génitales ne fonctionnent pas encore; de plus, chez ces jeunes animaux, existe comme chez l'homme, à la surface du cervelet, une couche germinative qui persiste quelques semaines.

Dans une première série d'expériences, il a trépané au niveau du cervelet, cependant que les lapins subissaient des injections d'une solution de bleu de Trypan dans le but d'obtenir un blocage du système réticulo-endothélial. A la suite de ces manipulations il a constaté de façon constante dans le territoire traumatisé une prolifération des cellules de la partie sous-épendymaire de la couche germinative.

Dans une deuxième série, M. tenta de traumatiser la région non par trépanation, mais par introduction d'un cautère à travers la paroi osseuse. Quarante jours après l'opération l'autopsie montra une prolifération de nature tumorale: la blessure avait atteint la proximité du ventricule, produisant un kyste sans aucune réaction inflammatoire; mais à l'extrémité de ce kyste, des coupes en série montraient une travée de cellules gliomateuses, infiltrant les tissus voisins de la couche germinative.

Des examens du fond d'œil n'ont jamais montré, chez ces animaux, d'œdème de la papille.

M. espère que l'observation plus prolongée des animaux éclairera la question d'un jour nouveau.

G. Basch.

Schleyer. ***Des rapports entre les inflammations de l'appareil génital féminin et celles du recto-sigmoïde, et de leur traitement*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **50**, n° 44, 5 Novembre 1937, p. 1519-1525). — Alors que de nombreux auteurs se sont intéressés aux rapports qui unissent les infections annexielles droites et celles du cæcum et de l'appendice, le retentissement des infections annexielles gauches sur le segment terminal du tube digestif et, inversement, celui des recto-sigmoïdites sur les annexes a été beaucoup moins étudié. S. a fait systématiquement des examens gynécologiques chez 50 femmes atteintes de recto-sigmoïdite et un examen rectoscopique chez 100 femmes porteuses d'une lésion annexielle inflammatoire; dans le premier cas, 68 pour 100 avaient en même temps de la paramétrite postérieure ou une annexite gauche; dans le deuxième cas, 72 pour 100 avaient une recto-sigmoïdite. Enfin, par contre, chez 50 femmes porteuses de tumeurs annexielles non inflammatoires, l'examen rectal était négatif dans 86 pour 100 des cas.

S. étudie ensuite en détail les voies anatomiques par lesquelles se propage l'infection; il semble que l'inflammation sigmoïdienne se propage plutôt aux annexes (et *vice versa*), tandis qu'à la rectite correspond la paramétrite. Il décrit aussi les aspects sous lesquels se manifestent les lésions du rectum et du sigmoïde et insiste sur le rôle de la coprostase et également sur l'étiologie colibacillaire de beaucoup de ces affections.

Au point de vue thérapeutique, il ressort de ce travail qu'il ne faut pas opérer une femme sans s'être assuré qu'il n'y a pas de lésions recto-sigmoïdiennes à l'origine de son annexite, le traitement de celle-ci pouvant amener la guérison; inversement, le spécialiste qui soigne une malade atteinte

de recto-sigmoïdite doit savoir déceler la lésion génitale souvent concomitante.

Enfin, un examen rectoscopique négatif peut être un argument en faveur de la nature non inflammatoire d'une tumeur annexielle gauche.

G. Basch.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Vienne)

Mulleder. ***Acholie de longue durée au cours d'abcès du foie multiples*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. 87, n° 46, 13 Novembre 1937, p. 1190-1192) — M. relate l'observation d'une malade de 21 ans dont la maladie débuta par un ictère avec décoloration des selles; fièvre intense, et de violentes douleurs dans le dos; il y eut une rémission au bout d'une quinzaine de jours puis une reprise de la fièvre et des douleurs avec apparition de vomissements, subictère et décoloration des matières. Une radiographie montra l'existence d'un abcès rétropéritonéal. Une incision postérieure, sous la dernière côte, permit d'ouvrir un abcès volumineux, biloculaire, dont une partie siégeait dans l'espace périnéphrétique et dont la partie supérieure, séparée de l'autre par une membrane épaisse percée d'un orifice, était nettement sous-diaphragmatique. Quelques jours plus tard, une nouvelle radio mit en évidence la présence d'un autre abcès, antérieur celui-là et sous-phrénique, avec niveau liquide. Ce n'est que deux jours après l'ouverture de cet abcès que les selles retrouvèrent leur coloration normale, d'un seul coup. La guérison survint au bout de quelques semaines.

M. pense qu'il s'agissait d'une angiocholite aiguë, avec infection ascendante dans les voies biliaires et abcès du foie multiples; de ces abcès, l'un, perforant la capsule de Glisson, se développa en arrière dans l'espace rétropéritonéal; cependant qu'une partie restait intrahépatique; un autre se développait en avant dans l'espace sous-phrénique.

G. Basch.

BRUXELLES MÉDICAL

R. Scholl (Vienne). ***L'action de l'acétylcholine sur les muscles et les articulations*** (*Bruxelles Médical*, t. 18, n° 17, 27 Février 1938, p. 583-586). — A 50 malades atteints d'arthrite déformante des diverses articulations, on a injecté tous les deux jours 0 gr. 10 d'acétylcholine, au moins pendant 12 jours, très souvent pendant 24 jours et quelquefois 66 jours. Six à dix mois après la fin du traitement, un nouvel examen a montré 45 améliorations. Dans 5 cas, il n'y avait aucun changement. Les 45 malades traités avec succès comprennent 20 sujets exempts de douleurs, 15 se plaignant de douleurs très minimes, 10 ayant encore des douleurs mais moins qu'avant le traitement.

L'examen radiographique n'a montré aucune modification des lésions d'arthrose et la crépitation diagnostiquée au premier examen n'avait pas disparu après le traitement. Cette médication est donc élective pour les douleurs des arthroses, l'absence de douleur rendant une certaine mobilité articulaire.

Des expériences ont été faites chez 32 lapins immobilisés dans des plâtres. 16 d'entre eux, traités par l'acétylcholine, ne présentèrent après ablation du plâtre aucune lésion musculaire et une mobilité articulaire normale, alors que les témoins avaient une ankylose des articulations immobilisées et une importante atrophie musculaire.

L'action de l'acétylcholine sur les ankyloses n'est pas influencée par l'atropine, elle est augmentée par l'ésérine et la prostigmine. L'histamine a une action analogue sur l'atrophie musculaire et la raideur articulaire après immobilisation, mais dans une proportion moindre que l'acétylcholine.

Robert Clément.

JOURNAL INTERNATIONAL DE CHIRURGIE (Bruxelles)

A. Hustin. ***De quelques réactions vaso-motrices périphériques au cours des opérations chirurgicales et de leurs suites immédiates*** (*Journal international de Chirurgie*, t. 2, n° 5, Septembre-Octobre 1937, p. 465-512). — La méthode suivie consiste à prendre simultanément, par trois thermomètres dont les variations sont photographiquement enregistrées, toutes les deux minutes et demie ou toutes les dix minutes, les températures du rectum, du membre supérieur, du membre inférieur. Au membre supérieur le thermomètre est placé dans l'angle des doigts et de la paume, la main étant fermée et la main et l'avant-bras étant calorifugés par un pansement d'ouate cellulosique. Au membre inférieur, le thermomètre est fixé à la face plantaire du talon, mais le membre est simplement laissé sous les couvertures, la calorifugation supprimant les variations de température cherchées, qui sont considérées comme équivalant à des variations de la vaso-motricité. La lecture des courbes obtenues permet ainsi de traduire l'abaissement de température par une vaso-constriction et l'élévation par une vaso-dilatation périphérique.

Normalement, chez un sujet couché, observé pendant vingt-quatre heures, les courbes de température rectale et périphérique (pied) subissent des variations en sens opposé mais synchrones. Les tracés de la température rectale, un peu au-dessous de 37°, et de la périphérique, un peu au-dessous de 36°, sont parallèles pendant les heures de nuit, de 0 à 6 heures et de 21 à 24 heures. Pendant le jour, ils s'écartent, la température rectale s'élevant progressivement vers 38° alors que la température du pied, par suite de la vaso-constriction diurne, s'abaisse pour décrire quelques fortes oscillations, entre 32 et 31°, de 9 à 18 heures.

Sur ce principe, des tracés ont été pris pendant une journée, chez des sujets soumis aux divers modes d'anesthésie, accompagnés ou non d'une intervention. Voici, résumées, les conclusions:

Pendant la narcose ou l'anesthésie lombaire sans opération, il y a chute de la température centrale et vaso-dilatation périphérique. Les phénomènes sont inverses au réveil ou au retour de la sensibilité des membres inférieurs.

Les modifications sous narcose ou rachi-anesthésie et intervention opératoire sont sensiblement les mêmes: pendant l'opération, la température centrale s'abaisse et les vaisseaux périphériques se dilatent.

La période post-opératoire, marquée par le réveil, est caractérisée d'abord par l'ascension de la température centrale et une vaso-constriction périphérique, souvent limitée aux membres inférieurs, parfois étendue aux membres supérieurs; puis vient la phase inverse de chute centrale et d'élévation périphérique.

Au cours des opérations sous anesthésie locale, les phénomènes sont inverses; la température centrale monte et continue à monter pendant les premières heures qui suivent, alors qu'il y a abaissement par vaso-constriction aux membres inférieurs. A l'approche de la nuit la température centrale s'abaisse et celle du membre inférieur s'élève. Cette vaso-constriction périphérique de l'anesthésie locale ne s'observe que si l'opération n'a pas été fortement traumatisante et que si l'anesthésie a été parfaite; dans le cas contraire, on voit les vaisseaux périphériques se dilater chaque fois que les tissus opérés sont fortement tiraillés, de telle sorte qu'on peut suivre sur le tracé de la température périphérique toutes les phases d'une opération un peu pénible.

Si à l'anesthésie locale on ajoute celle bilatérale des splanchniques, il y a dilatation et non contraction des vaisseaux périphériques; l'anesthésie d'un seul splanchnique est sans effet.

La première journée opératoire, d'après ces tracés thermiques, se divise en quatre périodes: pré-opératoire, de narcose-opération, de vaso-constriction hyperthermie, de détente.

Ces périodes ne sont que la manifestation des troubles apportés par l'acte opératoire aux rythmes nycthéméraux des fonctions glandulaires, circulatoires, métaboliques, et celle des efforts faits par l'organisme pour rétablir les rythmes normaux.

P. Grisel.

BULLETIN of the JOHNS HOPKINS HOSPITAL (Baltimore)

Th. S. Cullen. ***Hémorragies dans ou sous les muscles droits simulant une affection aiguë de l'abdomen*** (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, t. 61, n° 5, Novembre 1937, p. 317-346). — Les hémorragies à l'intérieur ou sous les muscles droits de l'abdomen sont rares; elles peuvent siéger en tous les points du muscle, mais en général, elle sont au-dessous de l'ombilic. Dans quelques cas, le muscle est déchiré; dans d'autres, ce sont les branches de l'artère épigastrique profonde ou une veine qui sont rompues. Dans d'autres cas enfin, il y a à la fois rupture musculaire et déchirure des vaisseaux.

La gaine postérieure des muscles droits manque dans leur portion inférieure; à ce niveau, le sang se répand entre le muscle et le péritoine; il cause une irritation péritonéale et produit des symptômes assez analogues à ceux d'une lésion aiguë de l'abdomen.

Lorsque c'est la gaine antérieure du droit qui est déchirée, le sang se répand dans le tissu graisseux, il peut y avoir une ecchymose cutanée; dans ce cas, le diagnostic correct peut être fait aisément. Dans la plupart des cas rapportés, une intervention chirurgicale avait été pratiquée dans l'hypothèse d'une lésion intra-abdominale et le diagnostic ne fut posé qu'après ouverture de l'abdomen.

Les déchirures des muscles droits sont quelquefois causées par un traumatisme direct. Habituellement cependant, le malade souffre d'une maladie débilitante et une traction légère est suivie d'une douleur abdominale brusque correspondant au développement de l'hématome. Dans la fièvre typhoïde ou la grippe, il y a souvent une dégénérescence graisseuse du muscle qui est friable et se déchire facilement. Cette dégénérescence est sans aucun doute le facteur causal de la rupture musculaire. Dans quelques cas de cholécystite, de cardiopathie, de bronchite, la déchirure des muscles de l'abdomen a été signalée ainsi que pendant la grossesse.

Le traitement consiste à enlever le caillot, suturer le muscle si c'est nécessaire et lier les vaisseaux qui saignent. L'évolution est favorable, d'autant plus que l'état général du malade est bon.

Robert Clément.

J. E. Howard et **W. H. Barker.** ***Hypertension paroxystique et autres manifestations cliniques associées aux tumeurs bénignes des cellules chromaffines (Phaeochromocytome)*** [*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, t. 61, n° 6, Décembre 1937, p. 371-408]. — Cet important travail étudie 18 observations de tumeurs bénignes des cellules chromaffines de la surrénale.

Ces néoformations, — ces « phaeochromocytomes » — sont surtout observées chez l'adolescent et le jeune adulte de l'un et l'autre sexe, en général en bonne santé.

Les crises d'hypertension varient de quelques minutes à plusieurs heures. On ne sait en général pas ce qui prédispose au début de ces attaques, quoique les chocs ou les émotions ou certaines positions semblent être des facteurs déclenchants.

HORMANTOXONE

Principe antitoxique du foie, extrait concentré et stabilisé

SUPPLÉE la fonction antitoxique du foie quand elle est déficiente.
la STIMULE quand elle est perturbée.

INDICATIONS

Insuffisance fonction antitoxique du foie.
Auto et hétéro Intoxications. - Toxi-Infections.
Anaphylaxie. - Intolérances alimentaires.
Dermatoses.

Traitement Physiologique des Troubles intestinaux par le

SAPROXYL

complexe glucidique favorisant les bactéries acidogènes antagonistes des flores pathologiques.

INDICATIONS

Infections Intestinales
Fermentation Intestinales
Putréfactions Intestinales

LABORATOIRE Phygiène

Laboratoire français de spécialités **PHY**siologiques et hy**GIÈN**iques
7, rue Lucien Jeannin, LA GARENNE (Seine)

Echantillons et littérature sur **demande.**

CELLUCRINE

Régénération sanguine par un principe spécifique globulaire

TONIQUE GÉNÉRAL

Dragées de 0 gr. 40 contenant 0 gr. 035 du principe actif

Aucune contre-indication Tolérance absolue

H. VILLETTE & Cie, Pharm., 5, rue Paul-Barruel, Paris-15e

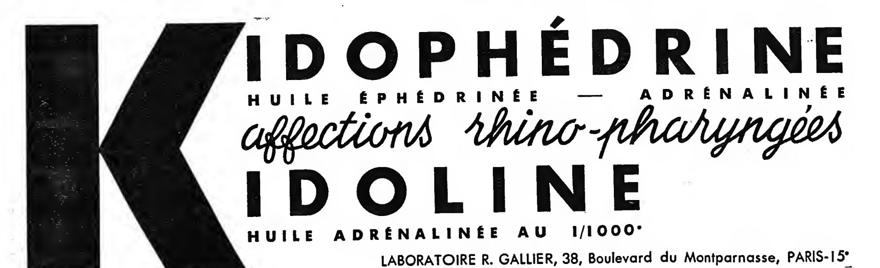
„ GAZE BLEUE "

WUHRLIN

au bleu de méthylène

peut être employée comme lo gaze hydrophile ordinaire : à sec, mouillée à l'eau bouillie, à l'eau oxygénée ou à taut outre solution antiseptique dont elle complète l'action. Employée en ponsements humides, lo solution de bleu de méthylène va porter son action antibactérienne, fébrifuge et analgésique jusqu'ou fond de la plaie.
Le pouvair ontiseptique léger ne gêne pos lo guérison des ploies.

Echantillon et Littérature : PANSEMENTS WUHRLIN, HONDOUVILLE (Eure)



Bien souvent les attaques apparaissent la nuit, surtout de bonne heure le matin. Entre les crises, le malade paraît et se sent parfaitement bien, quoique l'hypertension persistante est trop commune dans cette maladie pour ne pas être considérée comme faisant partie du syndrome. Lorsque l'hypertension permanente existe, on trouve, au niveau des artères rétiniennes, du cœur et des urines, les mêmes manifestations que dans l'hypertension dite essentielle.

L'examen électrocardiographique n'est d'aucun secours pour le diagnostic différentiel, même durant une attaque hypertensive. Il est possible ou non, suivant les cas, de palper une masse abdominale du côté de la tumeur. Il est plus fréquent de la découvrir à l'examen radiologique ou par pyélographie. L'exactitude du diagnostic doit être sérieusement mise en doute si la tumeur n'est pas mise en évidence par un de ces moyens.

Après les paroxysmes, de l'albumine ou du sucre, ou les deux, peuvent apparaître dans l'urine. Aucune médication n'a été découverte, qui influence matériellement la fréquence, la durée et l'intensité des crises. Les épreuves avec l'adrénaline ou la pituitrine ne montrent ni hyper, ni hyposensibilité.

Au début de l'attaque, le malade devient pâle, froid et se plaint de palpitations. Si elle dure, des nausées et des vomissements apparaissent, et lorsqu'il y a hyperpnée, elle peut aboutir à la tétanie. Si l'attaque se prolonge, on peut avoir des signes d'insuffisance cardiaque, tels qu'œdème du poumon, augmentation de volume du foie, distension des veines du cou.

La douleur précordiale, les transpirations ne sont pas rares. Cependant, des crises paroxystiques d'hypertension peuvent exister sans aucun de ces symptômes.

Robert Clément.

THE JOURNAL of the AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (Chicago)

E. Cameron et **R. Hoskins.** ***Essai de traitement de la schizophrénie par le choc insulinique*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **109**, n° 16, 16 Octobre 1937, p. 1246-1249). — La méthode de Sakel, qui traite les schizophréniques par le coma insulinique, commence à être appliquée en Amérique. Dans cet article, C. et H. exposent les résultats obtenus dans 25 cas de schizophrénie, traités suivant la technique exacte de Sakel. Dans l'ensemble, les résultats sont moins favorables que ceux publiés par les Viennois, puisque deux malades seulement paraissent guéris: mais il semble que l'expérience joue un rôle très important dans la conduite du traitement, et ceci explique peut-être la discordance des résultats. De plus, il faut tenir compte de la facilité grande avec laquelle on étiquette schizophrénie, en Europe centrale, des cas qui ne répondent pas à notre définition de la démence précoce, ni à celle des psychiatres américains. Dans la série des 25 cas traités, il n'y eut aucun accident mortel au cours des multiples comas.

R. Rivoire.

C. Rymer, J. Benjamin et **F. Ebaugh.** ***Le traitement de la schizophrénie par l'hypoglycémie*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **109**, n° 16, 16 Octobre 1937, p. 1249-1254). — R., B. et E. se sont efforcés d'étudier surtout la qualité de la guérison, à l'aide de tests psychologiques très sensibles : ils ont constaté dans l'ensemble une qualité de guérison nettement supérieure à celle constatée au cours des rémissions spontanées de la schizophrénie.

Il ne semble pas que les récidives soient fréquentes après le traitement hypoglycémiant : Sakel n'en a observé presque aucune, et il semble même que beaucoup de malades continuent à s'améliorer après cessation du traitement.

R. Rivoire.

P. W. Brown et **D. M. Marcley.** ***Le pronostic de la diverticulite et de la diverticulose du côlon*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **109**, n° 17, 23 Octobre 1937, p. 1328-1333). — La présence d'un diverticule colique est très fréquente, puisqu'elle s'observe dans 7 à 10 pour 100 des sujets: mais la diverticulite, c'est-à-dire une inflammation de ce diverticule, est beaucoup plus rare, ne survenant que dans 10 à 15 pour 100 des cas de diverticulose.

Dans cette statistisque, venue de la clinique Mayo, B. et M. s'efforcent de poser un pronostic de la maladie. En premier lieu, ils déclarent qu'il est impossible de prévoir, chez un sujet atteint de diverticulose, la possibilité du développement ultérieur d'une diverticulite. Lorsque celle-ci survient, le traitement médical (repos, application de chaleur, huile d'olive par la bouche, régime) suffit dans plus de 60 pour 100 des cas. Dans les cas plus graves, le traitement chirurgical s'impose, mais les résultats n'en sont pas brillants, car près de 50 pour 100 des malades continuent à souffrir ou meurent de l'intervention.

Il ne semble pas que la diverticulite facilite l'apparition ultérieure d'un cancer du côlon.

Cette étude est basée sur le dépouillement de 600 malades observés à la clinique au cours des dix dernières années.

R. Rivoire.

W. H. Mencher. ***L'insufflation périrénale*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **109**, n° 17, 23 Octobre 1937, p. 1338-1341). — L'insufflation d'air dans la région périrénale est une méthode précieuse pour le diagnostic des tumeurs des surrénales, pour lesquelles manquent les tests de laboratoires précis, en particulier dans les cas d'hirsutisme, qui peuvent être dus, soit à une tumeur surrénale, soit à un adénome basophile de l'hypophyse, soit à un arrhénoblastome ovarien. Cette insufflation, qui ne présente aucun danger quand elle est faite suivant les directives indiquées par l'auteur, permet la visualisation radiologique des tumeurs surrénales, même de petit volume, ainsi que le démontrent les belles radiographies annexées à cet article. Grâce à cette technique, utilisée chez 12 malades par M., trois cas de tumeurs surrénales ont été mis en évidence et vérifiés à l'intervention (un paragangliome, un adénome cortical, un adénocarcinome cortical).

Cette méthode d'exploration mérite donc d'être utilisée sur une plus large échelle qu'actuellement.

R. Rivoire.

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL (Londres)

V. Korenchevsky. ***Les propriétés bisexuelles et l'activité conjuguée des hormones sexuelles. Leurs effets sur l'organisme femelle*** (*British medical journal*, n° 4009, 6 Novembre 1937, p. 896-899). — Il existe des propriétés bisexuelles dans presque toutes les hormones sexuelles et l'activité conjuguée de la plupart d'entre elles a été démontrée par des expériences sur des rats femelles. Ces faits ont leur importance non seulement pour la physiologie des glandes endocrines mais encore pour le traitement des troubles sexuels chez la femme. Expérimentalement en traitant des rats femelles par des hormones dont les propriétés étaient surtout masculines, K. a vu se développer les glandes rudimentaires péri-urétrales et le clitoris.

Il faut donc se méfier des hormones bisexuelles qui ont une activité masculine prononcée dans le traitement des maladies féminines.

André Plichet.

H. R. Donald. ***Traitement des troubles de la ménopause par l'hormone folliculaire*** (*British medical journal*, n° 4009, 6 Novembre 1937, p. 899-904). — D'après une statistique de la *Medical Women's Federation*, portant sur 1.000 cas, il n'y a que 15 pour 100 de femmes qui passent cette période de la ménopause sans troubles. Les autres femmes se plaignent de bouffées de chaleur, de céphalées, de vertiges, de dépression nerveuse, d'obésité, de rhumatisme.

La gravité des symptômes dépend de plusieurs facteurs et il faut distinguer ceux qui, existant avant, sont augmentés par la ménopause et ceux qui sont dus à l'arrêt des règles. Ces derniers sont seuls améliorés par le traitement hormonal. C'est ainsi que les troubles psychiques, les spasmes vasculaires amenant l'hypertension, les spasmes viscéraux, les troubles gastro-intestinaux sont améliorés par l'administration d'oestrin.

Ce traitement doit être fait à des doses suffisantes, trois fois par jour 1.000 unités internationales. L'ingestion est la voie la meilleure. Ce traitement doit être prolongé pendant longtemps, parfois pendant une année, aussi est-il onéreux.

André Plichet.

John Hill. ***La benzédrine dans le mal de mer*** (*British medical journal*, n° 4013, 4 Décembre 1937, p. 1109-1112). — La benzédrine (β-phénylisopropylamine), qui a un pouvoir plus ou moins sympathicotropique, devait être naturellement essayée contre le mal de mer qui est habituellement une manifestation vagotonique.

L'action de cette substance est triple : 1° c'est un stimulant du système nerveux central et par conséquent elle trouve son emploi dans la narcolepsie, la maladie de Parkinson, dans les états dépressifs; 2° elle augmente la pression, mais cet effet diminue pour disparaître finalement avec la répétition des prises; 3° elle fait cesser la contracture des fibres lisses du tube digestif et cette propriété a été utilisée pour faire les examens radiologiques dans les cas d'ulcus et pour lutter contre les spasmes gastro-intestinaux.

Chez 80 sujets normaux, H. a étudié les effets de la benzédrine. Les résultats furent comparables à ceux obtenus par les autres auteurs, c'est-à-dire qu'il observa une élévation de la pression surtout diastolique et les effets digestifs qui ont été déjà décrits.

Sur 100 malades atteints de mal de mer, comprenant 82 femmes et 18 hommes, les résultats furent bons dans 39 cas, douteux dans 40, mauvais dans 21.

La benzédrine, quand elle agit, a une action sur le spasme gastrique qui joue un si grand rôle dans le mal de mer. Elle semble préférable aux barbituriques, mais elle agit surtout chez les malades qui sont vagotoniques.

André Plichet.

W. R. Snodgrass et **T. Anderson.** ***Le traitement de l'érysipèle par la sulfanilamide*** (*British medical journal*, n° 4014, 11 Décembre 1937, p. 1156-1169). — S. et A. ont traité 270 cas d'érysipèle, la moitié par les rayons ultra-violets, l'autre moitié par la sulfanilamide, sans adjonction de traitement local. Cette étude a été faite en s'entourant de diverses précautions : même régime, mêmes soins et en tenant compte de la durée de la maladie avant l'entrée à l'hôpital, l'âge, la gravité de l'affection, les infections associées.

De cette statistique, il résulte que la sulfanilamide diminue le temps pendant lequel s'accroît la lésion, qu'elle raccourcit la durée de la fièvre d'invasion et de la toxémie. Elle réduit les chances

de complications et diminue la tendance aux reprises de l'érysipèle.

La sulfanilamide fut donnée à la dose de 1 à 3 gr. toutes les quatre heures jusqu'à la chute de température et ensuite à celle de 0,75 trois fois par jour. La quantité moyenne fut de 41 gr. 4 donnée en quatorze jours.

Dans 29,6 pour 100 des cas on observa de la cyanose qui augmente d'ailleurs avec les doses élevées. Aucun autre effet toxique ne fut noté.

André Plichet.

David Currie. ***La vitamine E dans le traitement de l'avortement habituel*** (*British medical journal*, n° 4015, 18 Décembre 1937, p. 1218-1219). — La vitamine E est nécessaire surtout dans les premiers mois de la grossesse, en raison de son action sur la formation du placenta auquel elle fournit la réserve d'hormone lutéinique utilisée dans les mois suivants.

C. a traité des femmes ayant des avortements habituels par la vitamine E contenue dans l'huile de germe de blé, ajoutée aux vitamines A et D et au calcium. 37 femmes ayant eu 130 grossesses et n'ayant donné naissance qu'à 16 enfants viables, après ce traitement, produisirent 37 enfants vivants. Deux seulement avortèrent qui avaient des jumeaux et 4 enfants moururent à l'hôpital parce que trop prématurés.

Il semble donc que l'on puisse employer la vitamine E avec espoir de succès. On ne peut encore donner de précision pour la durée du traitement, mais il semble préférable de le continuer pendant toute la durée de la grossesse à la dose de 0 cmc 18, par jour, d'huile de germe de blé.

André Plichet.

Wilson Russell. ***Les pigeons porteurs possibles de bacilles tétaniques*** (*British medical journal*, n° 4015, 18 Décembre 1937, p. 1220). — R. rapporte un cas de tétanos chez un jeune enfant de 18 mois. La période d'incubation fut très courte, vingt-quatre heures au plus et la mort survint quarante-quatre heures après le début de la maladie. D'importantes doses de sérum furent faites : 20.000 unités intramusculaires, 20.000 unités intrarachidiennes que l'on répéta le lendemain.

D'après les recherches faites, il semble que ce fut un pigeon qui transmit le tétanos. Le père de l'enfant élevait une quarantaine de pigeons dans une grange et utilisait les fientes de ces oiseaux pour fumer la pelouse où l'enfant avait l'habitude de jouer. Des bacilles furent retrouvés dans la terre devant la grange et en examinant les pigeons, on en trouva un porteur de germe. Il est à noter que ce fait n'a jamais été signalé par les auteurs qui considèrent tous que ces oiseaux sont réfractaires au tétanos. Dès lors l'enchaînement des faits est le suivant : les pigeons, ayant becqueté du crottin infecté, ont déposé des fientes contenant des bacilles du tétanos sur le sol et l'enfant s'est contaminé par une égratignure.

André Plichet.

ARCHIVIO ITALIANO DELLE MALATTIE DELL' APPARATO DIGERENTE
(Bologne)

M. Mauro (Naples). ***L'occlusion intestinale dans la péritonite tuberculeuse*** (*Archivio italiano delle malattie dell' apparato digerente*, t. 6, n° 3, Juin 1937, p. 262-281). — L'occlusion est la plus grave complication de la péritonite tuberculeuse; elle est fréquente surtout chez les sujets jeunes et les femmes; on l'observe principalement dans les formes libreuses et fibro-caséeuses, mais elle n'est pas exceptionnelle dans les formes ascitiques. M. passe en revue les diverses causes de l'occlusion : étranglement par bride, coudure, agglutination, invagination, compression, iléus paralytique, lésions de tuberculose intestinale. Une femme de 31 ans ayant depuis de longues années des douleurs intestinales avec constipation, amaigrissement, fièvre, présente des signes d'occlusion aiguë ; on résèque une bride à l'union du côlon et du sigmoïde et on libère le côlon aplati contre la paroi par une membrane péritonéale ; la malade va bien pendant deux mois, puis fait une rechute tellement grave qu'on se contente d'un anus iliaque gauche; une fistule importante persistant, on réintervient au bout de quelques mois; le grêle est agglutiné en masse ; on arrive à séparer les anses, mais on doit réséquer un fragment déchiré ; on fait une anastomose termino-terminale et on n'ose pas supprimer la fistule; vingt jours après et malgré la présence de la fistule, nouvelle crise d'occlusion; en essayant de séparer les anses, on en blesse une qu'on suture du mieux possible avec greffe épiploïque ; on soumet alors la malade à l'héliothérapie, puis à la radiothérapie qui donne des résultats impressionnants : on peut même supprimer la fistule par résection de l'anse et suture bout à bout ; depuis plus d'un an, la guérison est en apparence complète. L'intervention est toujours indiquée dans les occlusions des péritonites tuberculeuses, quel que soit l'état du malade ; mais le traitement prophylactique ne doit pas être négligé : il se confond avec celui de la péritonite tuberculeuse : héliothérapie, photothérapie, radiothérapie, cure chirurgicale, pneumo-péritoine.

Lucien Rouquès.

G. Osselladore (Padoue). ***Sur la pathogénie de la linite plastique de l'estomac*** (*Archivio italiano delle malattie dell' apparato digerente*, t. 6, n° 4, Août 1937, p. 295-314). — Dans un premier mémoire remontant à quatre ans, O. a conclu que la linite gastrique pouvait se produire en dehors de tout carcinome ou de toute autre espèce de tumeur. Il rapporte une nouvelle observation de linite dont l'origine inflammatoire est démontrée par l'examen de la pièce opératoire et par l'histoire clinique : début très aigu en pleine santé, évolution longue, courtes phases d'amélioration et longues phases d'aggravation avec hyperthermie.

O. a cherché à reproduire la linite chez le chien ; la ligature de nombreuses veinules efférentes, la résection ou la cautérisation de la plupart des ganglions lymphatiques des courbures n'ont rien donné ; il a ensuite essayé l'infiltration de la paroi gastrique avec une solution d'azotate d'argent à 0,1 pour 1.000 isotonisée par 15 gr. pour 1.000 d'azotate de sodium, pensant ainsi réaliser à la fois l'irritation chronique du tissu conjonctif et l'oblitération de certains lymphatiques, comme dans certains éléphantiasis ; les infiltrations localisées de la sous-muqueuse n'ont pas reproduit de linite; celle de la totalité de l'autre a réalisé une lésion qui en est peut-être le début; celle de la totalité de l'estomac par injections dans la sous-muqueuse avec une fine aiguille introduite par de petites incisions de la séreuse et de la musculaire a déterminé chez un chien mort au bout de quatre mois une atrophie de l'estomac réduit de moitié dans son calibre et sa longueur ; les parois étaient très épaissies et rigides et de gros plis soulevaient la muqueuse ; histologiquement, l'épaississement s'était produit au niveau de la sous-muqueuse où l'on trouvait un tissu scléreux cicatriciel avec hyalinisation de la substance fondamentale et infiltration inflammatoire.

Lucien Rouquès.

L. Benacchio (Padoue). ***Le méga-œsophage*** (*Archivio italiano delle malattie dell' apparato digerente*, t. 6, n° 4, Août 1937, p. 315-347). — Après une revue générale de la question, B. rapporte deux observations de méga-œsophage. Dans le premier cas, un homme de 42 ans présente depuis six mois des douleurs abdominales, puis des brûlures gastriques, sans aucun signe œsophagien : l'examen montre un côlon contracturé et une sensibilité du creux épigastrique; le tubage gastrique après repas d'épreuve ne décèle pas d'acide chlorhydrique ; l'amaigrissement rapide et la pâleur font penser à un cancer digestif; l'examen radiologique seul met en évidence le méga-œsophage. Dans le deuxième cas, un homme de 41 ans a depuis deux années une sclérodermie et depuis quelques mois de la dysphagie ; la radioscopie établit le diagnostic de méga-œsophage; après une parathyroïdectomie faite pour la sclérodermie, les signes œsophagiens s'améliorent, puis disparaissent ; un nouvel examen radiologique n'a pu être pratiqué et les suites éloignées ne sont pas indiquées ; cette observation vient à l'appui de la thèse endocrinienne du méga-œsophage.

Lucien Rouquès.

LA CLINICA
(Bologne)

G. Bassi (Padoue). ***Etude graphique de la motilité gastrique sous l'influence de substances pharmacodynamiques chez les sujets sains et les gastropathes*** (*La Clinica*, t. 3, n° 6, Juin 1937, p. 480-502). — L'adrénaline a une action très faible sur la motilité gastrique; par voie buccale, on observe en général une légère et très fugace atténuation du péristaltisme, précédée parfois d'une courte phase de stimulation; l'effet de l'adrénaline est le même chez les sujets sains et souffrant de l'estomac et quelle que soit la dose (XX à LX gouttes de solution à 1 pour 1.000); par voie hypodermique, l'action de l'adrénaline est encore plus faible.

L'action de l'atropine en injection est bien plus nette; après un temps variable suivant les sujets, on observe une phase de légère excitation motrice qui persiste pendant une dizaine de minutes et qui est caractérisée par l'augmentation de la fréquence et parfois aussi de l'amplitude des ondes péristaltiques; puis, en quelques minutes, le péristaltisme disparaît complètement et la pression intragastrique baisse de 30 à 40 cmc d'eau; cette seconde phase dure de quinze minutes à une heure ou plus; c'est sur les estomacs qui ont un pouvoir tonique élevé que l'on observe la suppression la plus complète et parfois la plus prolongée du péristaltisme; par contre, l'action de l'atropine sur le péristaltisme est indépendante de l'activité péristaltique préalable de l'estomac; en utilisant l'atropine par voie buccale, la première phase d'hyperpéristaltisme et d'hypertonie est plus longue, jamais inférieure à vingt-cinq minutes; la deuxième phase se réduit souvent à une simple diminution du péristaltisme et la baisse de pression est modérée et inconstante.

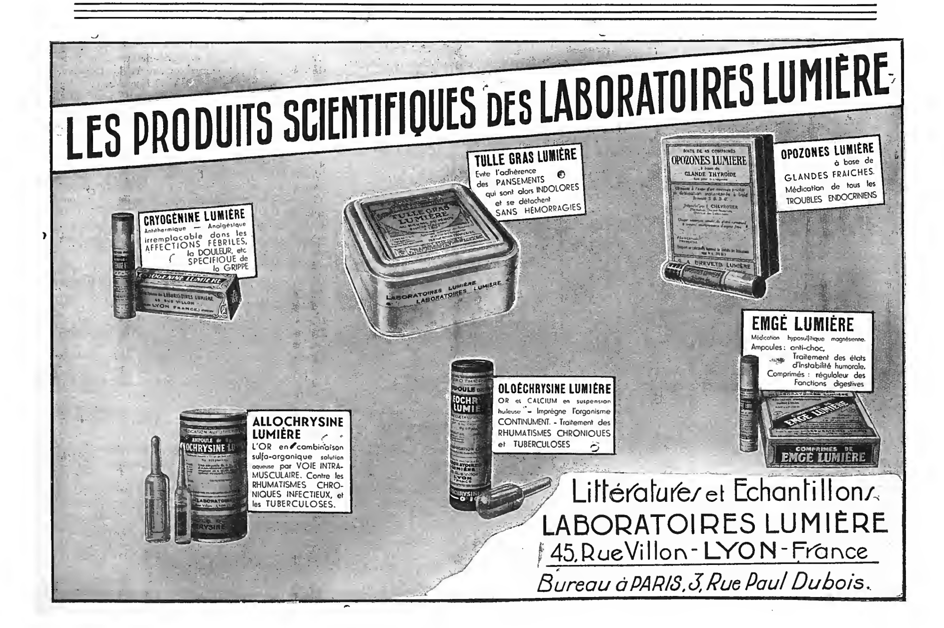
L'ergotamine en injection sous-cutanée n'a pas d'effets constants : soit excitation puis inhibition, soit inhibition immédiate.

Dans l'ensemble, l'acétylcholine a une certaine action sur l'estomac; elle augmente le tonus et surtout le péristaltisme soit d'emblée, soit après une courte phase d'inhibition; cette action est plus intense et plus durable en administrant le médicament par voie buccale que par voie sous-cutanée.

L'histamine, au bout de huit à dix minutes, augmente l'amplitude des ondes péristaltiques pendant plus de quarante-cinq minutes, sans modifier le tonus; son action est nette même sur les estomacs à péristaltisme et tonus diminués par une lésion organique grave comme le cancer.

Lucien Rouquès.

G. Conti (Bologne). ***Fibromyxome d'origine brachiale*** (*La Clinica*, t. 3, n° 6, Juin 1937, p. 503-507). — Une femme de 30 ans a depuis 8 années au moins une tumeur de la partie antéro-latérale droite du cou, à développement progressif mais plus rapide après les grossesses ; elle a la forme et


LES PRODUITS SCIENTIFIQUES DES LABORATOIRES LUMIÈRE
TULLE GRAS LUMIÈRE
Evite l'adhérence des PANSEMENTS qui sont alors INDOLORES et se détachent SANS HÉMORRAGIES
OPOZONES LUMIÈRE
à base de GLANDES FRAICHES. Médication de tous les TROUBLES ENDOCRINIENS
BOITE DE 45 COMPRIMÉS
OPOZONES LUMIERE
GLANDE THYROÏDE
CHEVROTIER
S.A. BREVETS LUMIÈRE
CRYOGÉNINE LUMIÈRE
Antithermique — Analgésique irremplaçable dans les AFFECTIONS FÉBRILES, la DOULEUR, etc SPECIFIQUE de la GRIPPE
CRYOGÉNINE LUMIÈRE
LABORATOIRES LUMIÈRE
45 RUE VILLON
LYON FRANCE
TULLE GRAS LUMIÈRE
LABORATOIRES LUMIÈRE
LABORATOIRES LUMIÈRE
EMGÉ LUMIÈRE
Médication hyposulfitique magnésienne.
Ampoules : anti-choc, Traitement des états d'Instabilité humorale.
Comprimés : régulateur des Fonctions digestives
COMPRIMÉS DE
EMGÉ LUMIÈRE
EMGÉ LUMIÈRE
OLOÉCHRYSINE LUMIÈRE
OR et CALCIUM en suspension huileuse - Imprègne l'organisme CONTINUMENT. - Traitement des RHUMATISMES CHRONIQUES et TUBERCULOSES
ALLOCHRYSINE LUMIÈRE
L'OR en combinaison sulfo-organique solution aqueuse par VOIE INTRA-MUSCULAIRE. Contre les RHUMATISMES CHRONIQUES INFECTIEUX, et les TUBERCULOSES.
Littératures et Echantillons
LABORATOIRES LUMIÈRE
45, Rue Villon - LYON - France
Bureau à PARIS, 3, Rue Paul Dubois.

les dimensions d'un gros œuf de dinde; elle est indolore, tendue et élastique; elle refoule en dehors le sterno-mastoïdien; elle est peu mobilisable et s'élève dans les mouvements de déglutition. A l'intervention, on constate que la tumeur n'appartient pas au corps thyroïde; elle lui est unie à sa partie inférieure, mais peut en être séparée. Histologiquement, c'est une masse encapsulée, formée de tissu conjonctif où l'on trouve d'une part des cavités à contenu hyalin ou de nature mucoïde bordées par des cellules aplaties presque toujours disposées en une couche, d'autre part des groupes de cellules polyédriques à protoplasme clair, peu proliférantes et semées sans ordre; de nombreux leucocytes sont visibles sur toutes les coupes; en quelques points le tissu fibreux n'est pas formé par des éléments adultes, mais par des éléments de prolifération histioïde. C. estime qu'il s'agit d'une tumeur mixte d'origine brachiale endodermique, dérivée des restes du 2e arc brachial.

Lucien Rouquès.

THE JAPANESE JOURNAL OF DERMATOLOGY AND UROLOGY (Tokio)

J. Dohi. *Les amygdales des syphilitiques* (*The japanese Journal of dermatology and urology*, t. 42, n° 4, 20 Octobre 1937, p. 236-240). — D. inocula dans le testicule du lapin des fragments de tissu amygdalien provenant de 106 syphilitiques avec 20 résultats positifs.

On trouve très rarement des spirochètes de la bouche dans les amygdales des syphilitiques (15 sur 145 cas examinés à l'ultra-microscope); dans 5 cas on trouva à la fois des tréponèmes et des spirochètes associés.

Chez les lapins inoculés avec des spirochètes de la bouche, le Wassermann demeura toujours négatif, et au point d'inoculation on ne constata jamais d'infiltration dure, comme dans le chancre syphilitique. Les spirochètes inoculés moururent en moins d'une semaine.

A l'examen histologique de fragments d'amygdales syphilitiques, on note une inflammation proliférative avec infiltrats formés de nombreux plasmocytes, d'histiocytes, de cellules réticulaires, de fibroblastes, avec épaississement et augmentation des faisceaux grillagés. Dans 1 cas, on put déceler des tréponèmes sans lésions inflammatoires.

Sur 88 coupes d'amygdales syphilitiques, on trouva le tréponème dans 34 cas (38,6 pour 100), habituellement dans la couche épithéliale ou à son voisinage, parfois plus profondément dans les tissus. Les spirochètes de la bouche ne pénètrent pas habituellement dans le tissu amygdalien.

R. Burnier.

MISCAREA MEDICALA ROMANA (Craiova)

G. Marinesco, S. Draganesco, G. Stroesco et **G. Palade. *La maladie de Schüller-Christian (un cas anatomo-clinique à localisation cranio-viscérale)*** [*Miscarea medicala Romana*, t. 10, nos 1-2, 1937, p. 32-45]. — La xanthomatose essentielle ou généralisée représente un chapitre intéressant de la pathologie, car elle pose en discussion le problème du métabolisme des lipides et le rôle que jouent les perturbations du métabolisme général dans la genèse de certains processus néoformatifs. La réaction proliférante de tous les éléments du système réticulo-endothélial avec surcharge de produits lipoïdiques, ayant à la base presque constamment l'hypercholestérolémie, la xanthomatose, a comme expression clinique, le tableau morbide connu sous le nom de « maladie de Schüller-Christian ». La symptomatologie, le symptôme le plus constant ce sont les altérations osseuses, notamment localisées à la voûte cranienne, parfois à la base du crâne, à la face, aux extrémités, au rachis. La radio montre les lacunes osseuses formant une carte géographique (Schüller). Les autres symptômes sont l'exophtalmie, le complexe hypophyso-tubérien avec le diabète insipide, les symptômes cutanés et muqueux. Enfin le syndrome humoral, l'hypercholestérolémie, est quasi constant.

M., D., S. et P. rapportent l'observation d'un malade âgé de 31 ans, présentant des signes de tumeur infiltrante de la base du crâne avec hémiparésie gauche et paralysie des IXe, Xe, XIe et XIIe paires. L'évolution est rapide avec cachexie et stomatite ulcéreuse. A la nécropsie on découvre une tumeur xanthomateuse de l'appendice et de la région avoisinante du cæcum et une tumeur brune jaunâtre parabulbaire droite adhérente à la dure-mère et envahissant les nerfs du trou déchiré postérieur, le trou condylien et l'exobase. Quelques ganglions cervicaux sont transformés en masses jaunâtres. A l'examen histologique on trouve une infiltration xanthomateuse dans le tissu interstitiel de la thyroïde, au niveau des ganglions lymphatiques, de l'amygdale.

Les tumeurs cæco-appendiculaires et parabulbaires offraient le tableau d'une granulomatose, tissu jaune de granulation, avec, par places, transformation en cellules spumeuses caractéristiques de la xanthomatose.

Henri Krauter.

B. Kallai. *L'importance des hormones sexuelles dans le traitement des nouveau-nés et leur rôle dans la croissance des prématurés et des hypotrophiques* (*Miscarea medicala Romana*, t. 10, nos 9-10, p. 704-711). — Les prématurés supportent très bien l'hormone folliculaire et du lobe antérieur de l'hypophyse. L'administration de ces hormones par la voie sous-cutanée combat la diminution du poids des prématurés et renforce leur résistance à la maladie en général. On connaît aujourd'hui l'action physiologique sur la pression artérielle, sur le système nerveux et sur le métabolisme de l'hormone folliculaire.

L'hormone du lobe antérieur de l'hypophyse agit surtout sur le métabolisme et sur la croissance.

Les prématurés présentent dans la majorité des cas une déficience hormonale folliculaire; il faut leur substituer les hormones qui leur manquent. Les expériences faites par Schultze, Reiche, Martin sont favorables au traitement hormonal chez les prématurés.

K. a soumis 27 nouveau-nés au traitement folliculinique. La dose journalière fut de 100 u. s. dans les cas graves, 150-200 u. s. pendant quatorze jours.

Dans 9 cas sur 27, K. a employé le lobe antérieur d'hypophyse qui présenta une action remarquable chez les prématurés avec grande débilité corporelle.

K. obtint d'excellents résultats en associant les deux hormones de la manière suivante : Folliculine 100-200 u. s. pendant quatorze jours; lobe antér. d'hypophyse 30-50 u. s. par semaine pendant quatre semaines. L'influence favorable de l'hormone folliculaire sur le développement du prématuré et l'augmentation de sa résistance aux maladies intercurrentes ont toujours été nettes. Les grands prématurés réagissent favorablement aux injections d'hormone hypophysaire. Enfin l'association des deux hormones donne de bons résultats.

Henri Krauter.

HELVETICA MEDICA ACTA (Bâle)

S. Mach et **E. Rutishauser** (Genève). ***Les ostéodystrophies rénales. Etude expérimentale et anatomoclinique des lésions osseuses au cours des néphrites*** (*Helvetica Medica Acta*, vol. 4, fasc. 4, Août 1937, p. 423-445). — Au cours des néphrites azotémiques accompagnées d'acidose, il existe le plus souvent une hypocalcémie, une hyperphosphatémie, ainsi que de l'hyperkaliémie. Cette dysminéralisation, et en particulier cette hypocalcémie, n'est pas la conséquence de la réduction mécanique du parenchyme rénal, qui entraîne au contraire, une hypercalcémie (Volhard), elle est due aux altérations physico-chimiques résultant de la néphrite qui portent sur tous les tissus, en particulier sur le tissu osseux.

Chez l'enfant, les altérations du squelette au cours des néphrites ont été étudiées sous leur aspect de rachitisme rénal au cours duquel l'arrêt de développement, les déformations osseuses, l'ostéoporose, déterminés par l'acidose, peuvent être associés à une hyperplasie secondaire des parathyroïdes.

Les ostéopathies liées aux lésions du rein ont surtout été constatées, avec les caractères de l'atrophie progressive des os (Askanazy), au cours des néphrites expérimentales (Pick, Lévy-Dupan). Rutishauser et Queloz ont montré, chez des lapins intoxiqués par le platine ou l'uranium, l'existence de lésions osseuses ayant le type, soit de l'atrophie progressive d'Askanazy, soit celui de l'ostéite fibreuse de Recklinghausen. Les mêmes lésions osseuses pouvant être obtenues par la production de lésions rénales purement cicatricielles, il se trouve ainsi prouvé qu'elles ne sont pas dues à l'action directe du métal toxique sur la substance osseuse.

La partie expérimentale du mémoire est faite de l'étude du métabolisme et des modifications du squelette de deux chiens atteints de néphrite expérimentale par injection sous-cutanée de 20 cmc de nitrate d'uranyle à 5 pour 1.000; elle amène à conclure que la néphrite au sel d'urane a été suivie d'hypocalcémie, d'hyperphosphatémie et d'acidose, avec abaissement de la réserve alcaline, que les modifications osseuses produites consistent en une résorption ostéoclastique sans formation anormale de tissu ostéoïde, qu'il y a eu calcification discrète des fibres cardiaques, fait déjà constaté (Tilp) dans l'intoxication au sublimé.

En clinique, chez l'adulte, les ostéopathies d'origine rénale ont été jusqu'ici rarement recherchées (Mc Callum, Hublard). M. et R. apportent 5 observations sélectionnées de néphrites où les lésions squelettiques ont été trouvées associées à une hypocalcémie marquée et à une réserve alcaline fortement diminuée.

L'ensemble de ces faits expérimentaux et cliniques permet de conclure :

Que les lésions osseuses constatées, caractérisées par une ostéoclasie et une transformation fibreuse de l'os, sont identiques à celles de la maladie de Recklinghausen.

Que rien ne s'oppose au point de vue morphologique à faire entrer les dystrophies osseuses néphrogènes dans le cadre des ostéites fibreuses.

Que, par contre, le syndrome biologique de ces ostéopathies néphrogènes, caractérisé par l'hypocalcémie et l'hyperphosphorémie, ne concorde pas avec celui de l'ostéose parathyroïdienne caractérisé par l'hypercalcémie avec hyperphosphorémie plus ou moins marquée.

M. et R. insistent sur l'importance de l'acidose observée. Elle expliquerait la décalcification squelettique par l'augmentation qu'elle détermine de la partie ionisée du calcium qui peut être alors éliminée en excès par la voie digestive et rénale, le rein malade laissant passer le calcium à sa concentration normale (Zondek). Cette acidose avec déperdition calcique provoque un appel aux sels tampon en réserve dans le squelette, avec ou sans intervention des parathyroïdes, la décalcification ainsi produite prenant l'aspect d'une ostéite fibreuse avec ostéoclastes.

L'ostéite fibreuse n'est pas « une réaction non spécifique causée par la décalcification » (Snapper),

mais l'expression morphologique d'une déperdition calcaire en milieu acide, chacune de ses formes : rénale, diabétique, parathyroïdienne, répondant à la maladie qui la détermine.

P. Grisel.

P. Nef. ***Périostite toxique (ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique) associée à une tumeur bénigne du poumon et guérie par l'opération*** (*Helvelica Medica Acta*, vol. **4**, fasc. 4, Août 1937, p. 446-461). — Le type clinique décrit par Pierre Marie et Bamberger est reconnu comme secondaire au passage dans le courant sanguin d'une toxine provenant d'une lésion primitive, dont la liste déjà longue a été établie par Högler, qui peut ne pas être reconnue.

N. n'a rassemblé que les cas où l'affection primitive, cause de l'ostéopathie hypertrophiante pneumique, était, comme dans le sien, une tumeur du poumon. Il en a trouvé 19, dont 7 tumeurs malignes primitives et 12 tumeurs métastatiques, tous bien prouvés par la radiologie ou l'autopsie. Le cas de N. de tumeur primitive bénigne est unique. La malade, J. F..., 11 ans, est admise pour rhumatisme chronique. Elle a été prise, de Janvier à Avril 1934, de toux opiniâtre et de douleurs thoraciques. En Avril apparaissent les signes d'intoxication, l'épaississement des doigts en baguette de tambour, et la tumeur pulmonaire supérieure droite, supposée lymphogranulomateuse, reconnue, sera irradiée deux fois en Juin. En Juillet, gonflement douloureux des coudes, des poignets, des genoux, des cous-de-pied. Lors de l'entrée, le 16 Avril 1935, amaigrissement, très mauvais état général, impossibilité de se lever. On sent les épaississements irréguliers des diaphyses des os longs que représente une riche iconographie.

Le 18 Juin 1935, ablation d'une tumeur grosse comme une pomme, facilement énucléable, sous-pleurale, logée dans la partie postérieure du lobe supérieur du poumon droit. C'est un xanthofibrome sans signes de malignité. A part un léger exsudat pleural, guérison rapide opératoire suivie d'une disparition progressive de tous les signes toxiques, y compris les ossifications péridiaphysaires, aboutissant, en Novembre 1936, à un retour complet à la santé.

L'état toxique, en dehors des lésions squelettiques, s'est traduit cliniquement par les signes suivants : température, tachycardie, leucocytose, forte sédimentation, exanthème urticarien, hypertrichose, vomissements, salivation.

Il n'y a pas à incriminer un état inflammatoire du poumon qui n'existait pas. On ne sait rien de la nature de la toxine provenant de cette tumeur bénigne.

Les lésions squelettiques, de périostite ou mieux de périostose toxique, sont semblables à celles décrites : symétriques, formées de couches lamellaires et non confondues avec la corticale devenue linéaire et même disparue par places. Ostéoporose. Elles portent sur la diaphyse des os longs, des métacarpiens, des métatarsiens, des 1re et 2e phalanges des doigts et des orteils; elles n'intéressent que légèrement les os du bassin; le crâne, les vertèbres, la clavicule, les côtes, le carpe, le tarse peuvent être considérés comme intacts. Les radiographies de la période de guérison prouvent la réalité de leur disparition.

La colonne vertébrale présente une scoliose dorsale gauche légère et une cyphose lombaire accentuée déjà décrite par Pierre Marie.

La déformation en baguette de tambour ne comporte pas d'altérations radiologiques de la phalange unguéale, elle est due à l'épaississement des parties molles qui est de pathogénie ignorée. L'ongle, en verre de montre, ne présente aucune altération. Pas d'acrocyanose. Les doigts et orteils peuvent être portés passivement en forte hyperextension, signe regardé comme caractéristique par Frangenheim.

Le gonflement des grandes articulations, dont Crump a donné une étude histologique, est le fait d'une arthrite toxique, mais il n'est pas dû à une lésion épiphysaire qui est absente.

La régression de tous les symptômes a déjà été signalée, dans les cas de tumeur pulmonaire ou médiastinale réduite par radiothérapie, ou de bronchectasies après leur suppression; mais il y a des cas où elle ne s'est pas produite.

P. Grisel.

CASOPIS LEKARU CESKYCH
(Prague)

Marsalek. ***La décapsulation des reins dans le traitement de l'éclampsie*** (*Casopis lékaru ceskych*, an. **76**, n° 49, 10 Décembre 1937, p. 1943-1950). — A la clinique obstétricale de Brno, au cours de la décade 1925-1935, 176 cas d'éclampsie ont été traités, ce qui représente une fréquence de 0,75 pour 100, avec une mortalité de 14,7 pour 100. Le traitement prophylactique est encore le meilleur moyen d'abaisser le taux de la mortalité et la gravité du pronostic le recommande à l'attention.

Les indications de la décapsulation sont constituées par l'anurie, l'oligurie, la répétition des accès (plus de 7), l'aggravation des signes généraux, l'échec des autres thérapeutiques. Trois malades, considérées comme perdues, ont été ainsi opérées avec succès : après l'intervention les crises cessèrent et la diurèse se rétablit rapidement (en vingt-quatre heures dans 1 cas, en quatre jours pour les deux autres). Un syndrome de confusion mentale transitoire se produisit, durant un mois chez deux opérées. Les altérations anatomiques constatées sont variables et dépendent à la fois de la durée et de la gravité de l'éclampsie.

Svejcar et **Kucerova.** ***Influence de la vitamine C dans le traitement des troubles graves de la nutrition chez les nourrissons*** (*Casopis lékaru ceskych*, an. **76**, n° 50, 17 Décembre 1937, p. 1965-1969). — 30 nourrissons, tous âgés de moins de trois mois, en état d'hypotrophie grave, avec nutrition très compromise, ont été traités par des injections sous-cutanées quotidiennes de vitamine C, à la dose de 0 gr. 05, parfois remplacées par l'absorption entérale. Les enfants guérirent pour la plupart, et la mort des autres résulta de complications évoluant pour leur propre compte.

La vitamine C se montre donc efficace dans le traitement des troubles dystrophiques et des hypotrophies, en assurant la stabilisation de la courbe de poids et la revalorisation des échanges nutritifs. Son effet est comparable à celui du lait de femme et renforce la résistance aux infections broncho-pulmonaires, si redoutables chez les nourrissons dyspeptiques. Par contre les otites et les affections cutanées ne bénéficient pas sensiblement de son emploi.

Prokop et **Vinar.** ***La malariathérapie dans le traitement de la paralysie générale. Résultats cliniques et humoraux*** (*Casopis lékaru ceskych*, an. **76**, n° 50, 17 Décembre 1938, 1975-1980). — 30 paralytiques généraux ont été examinés suivant des techniques cliniques et de laboratoire identiques avant et six mois au moins après la fin du traitement. Les conclusions de P. et V. se résument ainsi :

Les progrès cytologiques constatés dans le liquide céphalo-rachidien sont le plus fréquent, le plus marqué et le plus sûr des résultats obtenus.

La teneur en protéines et surtout en globulines, les réactions colloïdales sont, par contre, très constantes, de même que les réactions sanguines.

La récupération des facultés intellectuelles est toujours incomplète et il est impossible de compter sur la durée de l'amélioration obtenue. Le traitement permet cependant de séparer ce qui ne constituait qu'une altération mentale passagère et réversible de ce qui reste un déficit irréparable, distinction qu'il était impossible de faire avant lui.

BULLETIN DE LA FACULTE DE MEDECINE D'ISTAMBUL
(Turquie)

Esat Rasit Tuksavul. ***A propos de l'influence du noyau rouge sur le tonus musculaire*** (*Bulletin de la Faculté de Médecine d'Istambul*, t. **1**, n° 1, 1938, p. 85-89. — La part du noyau rouge dans le mécanisme du tonus musculaire est encore obscure.

Rademaker pense que le noyau rouge joue le rôle de centre régulateur ou plutôt inhibiteur du tonus. En effet, les lésions transverses du pédoncule déterminant la rigidité décérébrée sont celles qui passent par le noyau rouge. Celles qui passent au-dessus ou au-dessous de lui ne déterminent pas de rigidité.

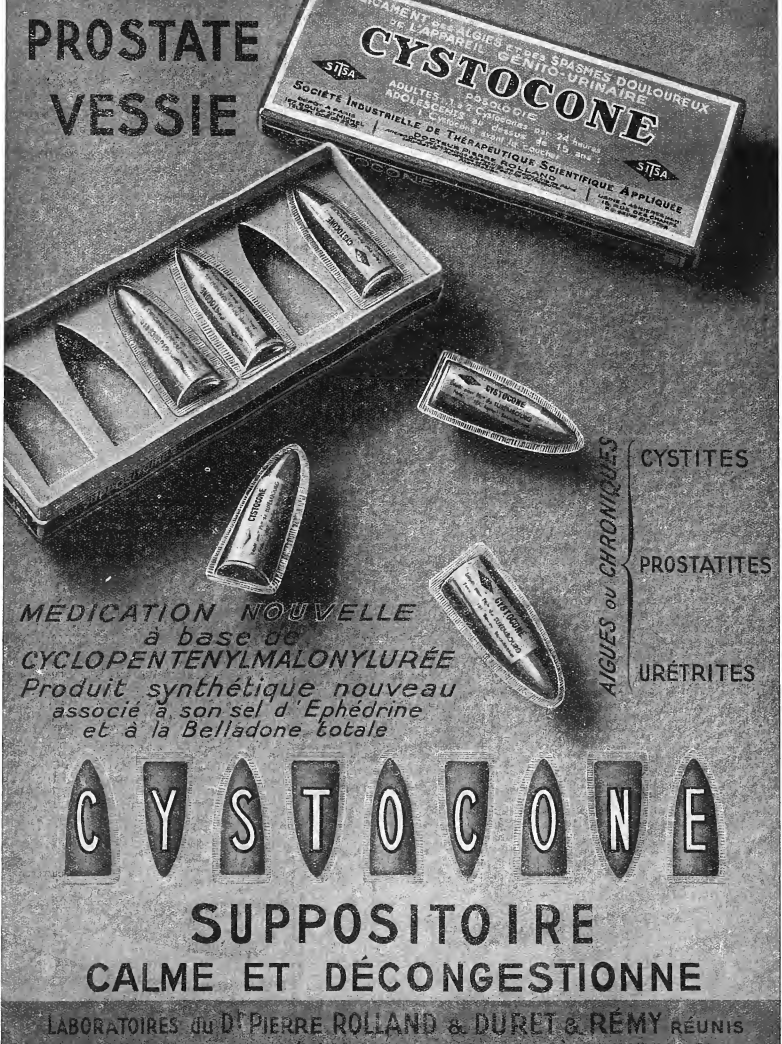
Souques, Crouzon et Bertrand ont soutenu la même opinion.

Von Gehuchten considéra que les lésions du noyau rouge s'accompagnant d'hypertonie dépassaient largement celui-ci et atteignaient en même temps les voies pyramidales et extra-pyramidales. Les lésions du noyau rouge s'accompagnant d'hypotonie sont au contraire strictement localisées à ce noyau. T. rapporte un cas personnel de syndrome inférieur du noyau rouge avec hypotonie.

T. adopte les hypothèses de von Gehuchten, sur le mécanisme du tonus. Le noyau rouge est un des éléments principaux d'un système excito-tonique, parmi lesquels il faut également comprendre la substance réticulée de la protubérance, du bulbe, et les noyaux vestibulaires.

Ce système excito-tonique est inhibé par deux centres, le corps strié et le cortex cérébral.

H. Schaeffer.


PROSTATE
VESSIE
CYSTOCONE
SOCIÉTÉ INDUSTRIELLE DE THÉRAPEUTIQUE SCIENTIFIQUE APPLIQUÉE
AIGUES ou CHRONIQUES
CYSTITES
PROSTATITES
URÉTRITES
MÉDICATION NOUVELLE
à base de
CYCLOPENTENYLMALONYLURÉE
Produit synthétique nouveau
associé à son sel d'Ephédrine
et à la Belladone totale
CYSTOCONE
SUPPOSITOIRE
CALME ET DÉCONGESTIONNE
LABORATOIRES du Dr PIERRE ROLLAND & DURET & RÉMY RÉUNIS
Dépôt pour PARIS : 127, Bd St Michel — Usine à ASNIÈRES, 15, R. des Champs

REVUE DES JOURNAUX

ARCHIVES MÉDICO-CHIRURGICALES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE (Paris)

E. Sergent, M. Iselin et Paul Wiehn. ***Traitement des grandes cavités pleurales résiduelles par la pleuro-thoraco-pleurectomie*** (*Archives médico-chirurgicales de l'Appareil respiratoire*, t. **12**, n° 4, 1937, p. 257-275). — Par leurs dimensions, certaines cavités pleurales résiduelles sont considérées au-dessus des ressources de l'art chirurgical. Chez 11 malades présentant une cavité pleurale résiduelle surinfectée, 5 fois totale, 6 fois moyenne, d'évolution chronique ou aiguë, mais chez qui les lésions pulmonaires étaient cicatrisées, l'association de pleurotomie, de thoracoplastie et de pleurectomie a donné 3 morts et 8 guérisons. La tuberculose a été vérifiée dans la majorité des cas. Dans 2 observations, elle était seulement probable, et n'a pu être mise en évidence.

La triple intervention est indiquée chez tout tuberculeux porteur d'une cavité pleurale résiduelle consécutive soit à un pyo-pneumothorax, soit à un épanchement fistulisé. Il faut considérer comme contre-indications les lésions évolutives du côté opposé, un mauvais état général. Cependant, parmi les causes de cachexie et d'hecticité, il faut éliminer la pleurésie septique qui est une indication formelle à pratiquer une thoracoplastie. Enfin, l'atteinte des reins, du foie et du cœur est également une contre-indication à l'intervention.

La méthode préconisée comprend plusieurs étapes : une pleurotomie large qui prépare la thoracoplastie. Il est bon d'attendre pour pratiquer celle-ci l'abaissement de la température et l'augmentation du poids. La pleurectomie est le complément. L'excision de la plèvre pariétale se fait à partir de l'orifice cutané.

Ces interventions successives et le choix du moment où elles doivent être pratiquées nécessitent une collaboration intime entre le médecin et le chirurgien.

Robert Clément.

LE NOURRISSON (Paris)

E. Apert. ***Les formes frustes du syndrome dolichosténomélique de Marfan*** (*Le Nourrisson*, an. **26**, n° 1, Janvier 1938, p. 1-12). — Dans cette étude, A. montre que l'affection désignée par Marfan, en 1895, sous le nom de *dolichosténomélie*, est hérédofamiliale et qu'il s'agit d'une mutation qui se transmet sur le mode mendélien dominant.

Le nom de *dolichosténomélie* est préférable, selon A., à celui d'*arachnodactylie*, employé ultérieurement par Achard, non seulement en raison de la priorité, mais aussi parce qu'il s'applique à la généralité des cas, même frustes.

Le nom d'*arachnodactylie* a l'avantage de faire image, mais il n'est valable que dans les cas plus rares où l'allongement des doigts s'accompagne de raccourcissement relatif des tendons fléchisseurs. En outre ce nom se réfère uniquement aux doigts, tandis que la maladie atteint la généralité de l'organisme.

A l'allongement des membres s'ajoutent, en effet, très souvent des modifications diverses. Les plus fréquentes sont les malformations oculaires, en particulier l'ectopie bilatérale des cristallins, les malformations cardiaques, en particulier la béance du trou de Botal ; les malformations pulmonaires, en particulier l'atrophie du lobe moyen du poumon droit. Plus exceptionnellement les malformations les plus diverses ont été constatées.

Au point de vue pathogénique, les troubles du fonctionnement hypophysaire dès la vie fœtale ont été incriminés, mais leur rôle n'est pas suffisamment établi et, à vrai dire, nous sommes encore dans l'ignorance du mécanisme de ce syndrome.

G. Schreiber.

Dujarric de la Rivière et Kossovitch. ***Groupes de lait*** (*Le Nourrisson*, an. **26**, n° 1, Janvier 1938, p. 22-30). — D. de la R. et K. ont montré qu'il existe des groupes de laits comme il existe des groupes de sangs et dans le présent travail ils envisagent de préciser les rapports qui peuvent exister entre le groupe du lait de la mère et le groupe sanguin de l'enfant.

Les résultats obtenus sont actuellement basés sur 500 observations: 250 mères, 250 enfants. Dans chaque cas, D. de la R. et K. ont déterminé le groupe sanguin de la mère et celui de son enfant. Ils ont, d'autre part, étudié l'action d'un même lacto-sérum, à la fois sur des globules rouges standard — pour déterminer le groupe du lait — sur les globules rouges de la mère nourrice et sur ceux du nourrisson. Pour ces recherches, ils ont employé, tant pour le sang que pour le lait, la méthode directe d'agglutination (technique de Beth-Vincent).

Au point de vue des *groupes sanguins*, des divergences ont été trouvées entre ceux de la mère et de l'enfant dans 78 cas, soit 31,2 pour. 100. Ces résultats confirment la notion que le nourrisson possède, dans ses globules rouges, ses récepteurs propres, indépendants de ceux de la mère. Aucune exception n'a été constatée à la loi d'hérédité formulée par Bernstein.

Au point de vue des *groupes de lait*, 202 femmes sur 250 possédaient des agglutinines dans leur lait. Des 48 autres: 9 appartenaient au groupe sanguin A B (groupe qui ne possède pas d'agglutinines), 18 au groupe A, 4 au groupe B, 17 au groupe O.

Dans 27 cas sur 202, le lacto-sérum de la mère agglutinait fortement les globules rouges de l'enfant. Dans tous ces cas, la mère et l'enfant appartenaient à des groupes sanguins différents.

D. de la R. et K. ont pu établir que le lait de femme contient des agglutinines α et β pour les globules rouges humains et ils ont constaté que les laits de femmes peuvent être classés en quatre groupes analogues à ceux du sang. Ils n'ont jamais noté de divergences entre les agglutinines du sérum sanguin et les agglutinines du lacto-sérum d'une même femme.

Cette étude des groupes de laits pourrait avoir une portée pratique. On peut en effet admettre que l'ingestion par l'enfant d'un lait, d'origine maternelle, dont le groupe est différent de son groupe sanguin est susceptible d'entraîner, chez cet enfant, des phénomènes d'intolérance. Dans 31 cas, D. de la R. et K. ont constaté que les groupes sanguins des nourrissons étaient différents des groupes de laits des mères nourrices. Ces cas sont trop peu nombreux pour permettre de tirer une conclusion, mais ils justifient de nouvelles recherches.

G. Schreiber.

REVUE D'ORTHOPÉDIE ET DE CHIRURGIE DE L'APPAREIL MOTEUR (Paris)

J.-R. Dreyfus (Berne). ***La camptodactylie chez les enfants*** (*Revue d'Orthopédie et de Chirurgie de l'appareil moteur*, t. **25**, n° 1, Janvier 1938, p. 35-41). — La camptodactylie est souvent congénitale, et Landouzy a signalé, il y a longtemps, son caractère héréditaire, mais il avait tendance à invoquer l'arthritisme. Les filles seraient plus souvent atteintes.

Sa fréquence est diversement appréciée.

On l'observe surtout à l'auriculaire aux deux mains en général, à la main droite quand la malformation est unilatérale (flexion de la deuxième phalange sur la première).

D. publie 4 observations de camptodactylie. Il ne se prononce ni sur l'étiologie, ni sur le substratum anatomique de la malformation, se contentant d'énumérer une série d'opinions de nombreux auteurs.

En ce qui concerne le traitement, D. recommande la ligne de conduite suivante :

« On devrait toujours essayer l'ionisation à l'iodure de potassium et profitant de l'assouplissement des tissus rétractés on pourrait en même temps faire un traitement orthopédique prudent et prolongé, mais sans redressement brusque. Si la camptodactylie nous est amenée au 3e stade seulement et si l'ionisation ne donne pas un résultat satisfaisant, il y a lieu de faire une résection de la phalange près de la tête, mais en laissant l'articulation intacte. Cette opération aura comme résultat un raccourcissement léger du squelette et donc un allongement relatif des parties molles. Par contre, nous déconseillons rigoureusement un allongement opératoire des parties molles elles-mêmes, ou seulement une autoplastie de la peau, vouée d'emblée à un échec. »

Albert Mouchet.

REVUE DE LA TUBERCULOSE (Paris)

M. Schmidt (Heidelberg). ***Le pneumothorax extrapleural*** (*Revue de la Tuberculose*, 5e série, t. **3**, n° 10, Décembre 1937, p. 1122-1137). — Si le pneumothorax est la méthode de choix du traitement de la caverne précoce et la thoracoplastie est la collapsothérapie de la caverne tertiaire, nombre de cas relèvent du pneumothorax extra-pleural : ici la pneumolyse, instituée entre le fascia endothoracique et les feuillets pleuraux oblitérés, englobe tout le territoire pulmonaire malade et n'est pas gênée par la présence de ligaments. On peut ainsi remplacer un pneumothorax intrapleural impossible par un pneumothorax extra-pleural, créé dans une zone répondant à des interstices tissulaires préformés. On peut le compléter par un oléothorax extra-pleural. Le grand avantage de la méthode consiste en ceci qu'il n'y a pour ainsi dire pas de perte de surface respiratoire saine et qu'il n'y a pas de choc opératoire.

S. est d'avis que la création d'un pneumothorax extra-pleural par pneumolyse est absolument indiquée dans les cas de cavernes précoces ou de processus excavés, qui, pathogéniquement, se rapprochent encore de la période du *Früh infiltrat*. Quand

un pneumothorax intrapleural n'est pas possible ou seulement avec des adhérences inopérables, et si le traitement conservateur conduit bien à la stabilisation, mais non pas à la réparation de la fente cavitaire, le pneumo ou oléothorax extrapleural continué pendant deux ou trois ans peut conduire ces cas à la cicatrisation de la caverne, comme le ferait un pneumothorax intrapleural. Il y a des indications relatives pour des processus plus anciens. Et le pneumothorax extrapleural sous-fascial peut faciliter la plastie qui suivra.

Dans 13 cas sur 155, S. a vu des saignements post-opératoires importants dans la cavité de la pneumolyse, mais ils se sont tous terminés favorablement. Dans un tiers des cas il y eut des épanchements séreux nécessitant des ponctions.

Sur un lot de 155 malades opérés en dix-huit mois, S. a fait 52 fois des oléothorax; les autres cas furent entretenus avec de l'air. Dans 7 cas, on a fait une thoracoplastie secondaire, car le collapsus par pneumolyse n'était pas satisfaisant. Dans 124 cas, on obtint un collapsus satisfaisant; dans 12 cas, un collapsus insuffisant. Il y eut 14 décès, dont 2 en rapport immédiat avec l'opération, 9 par progression uni ou bilatérale de la maladie malgré un bon collapsus, 3 décès après thoracoplastie secondaire.

Ainsi que le dit A. Maurer, ces premiers résultats montrent l'intérêt de la méthode, qui permet de traiter un certain nombre de malades chez lesquels la méthode de Forlanini n'est pas possible et la thoracoplastie peu indiquée. Le temps permettra de situer exactement sa place parmi les autres méthodes de collapsothérapie.

L. Rivet.

LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

J. Froment, P. Croizat et **R. Masson.** ***Des compressions radiculo-médullaires dans la granulomatose maligne*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. **19**, n° 434, 5 Février 1938, p. 71-86). — Au cours de la granulomatose maligne, les compressions de la moelle ou des racines rachidiennes sont loin d'être exceptionnelles. F., C. et M. ont pu en réunir 52 observations et de ce matériel anatomo-clinique, ils cherchent à dégager leurs caractéristiques.

La compression résulte de l'envahissement ou de la destruction des corps vertébraux par le tissu granulomateux, plus rarement c'est l'espace épidural qui est envahi par les trous de conjugaison. Il est exceptionnel que la moelle épinière soit elle-même infiltrée par les éléments granulomateux.

Il s'agit donc, en général, de compression; celle-ci est unique dans les trois quarts des cas et siège au niveau de la moelle cervicale et dorsale. Dans un quart des cas, il y a des compressions multiples par des foyers étagés et la queue de cheval est alors atteinte.

Les caractères de ces compressions radiculo-médullaires sont les mêmes que ceux des autres néo-formations, mais leur évolution est rapide. Elles se développent aussi vite, sinon plus, que les compressions par abcès pottique ou par cancer rachidien.

Quand la maladie de Hodgkin-Sternberg n'est pas déjà connue, la nature granulomateuse de la compression est en général signée par l'adénopathie cervicale ou l'adénopathie médiastine. La biopsie seule apporte un diagnostic certain.

Au cours de la granulomatose maligne, la compression médullaire est une complication généralement tardive. La radiothérapie pénétrante ou la téléradiothérapie la fait habituellement rétrocéder, mais ce n'est qu'un répit et le processus, bientôt radio-résistant, poursuit sa marche inexorable. Dans un cas cependant, le répit obtenu par la radiothérapie a été de quatre ans.

Robert Clément.

ARCHIVES DE MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE (Marseille)

L. Cornil, M. Mosinger, A.-X. Jouve, H. Haimovici. ***Etude anatomique de l'endocardite expérimentale*** (*Archives de Médecine générale et coloniale*, t. **6**, n° 8, p. 261-277). — On peut réaliser chez le chien des septicémies endocarditiques expérimentales. En sacrifiant les animaux en cours d'évolution, l'étude des lésions au niveau de l'endocarde montre celles-ci à leurs divers stades et permet, par comparaison avec les lésions constatées en pathologie humaine, des déductions pathogéniques.

A la période de début, dans des cas où il n'existe encore aucune altération macroscopique visible, l'examen histologique révèle divers aspects d'endocardite débutante. Les lésions les plus élémentaires consistent en prolifération histiocytaire sous-endothéliale. Secondairement apparaît la réaction endothéliale. Un troisième type est réalisé par un petit dépôt de fibrine adhérant aux cellules endothéliales. Ce processus de thrombose microscopique représentant l'ébauche d'une végétation.

Les premières lésions visibles à l'examen macroscopique offrent la forme d'un œdème valvulaire, puis se forment des végétations.

Des trois étapes : lésions initiales, œdèmes valvulaires, endocardite végétante, seule la dernière est aisément observée en pathologie humaine. Les lésions initiales peuvent être retrouvées en des zones apparemment saines, mais leur interprétation prête à discussion. L'endocardite expérimentale a permis de décrire un stade intermédiaire d'œdème valvulaire et de préciser le mode de début du processus infectieux.

Cependant, entre les lésions de l'endocardite humaine et celles de l'endocardite expérimentale, il y a des différences notables. Les déterminations vasculaires ne sont pas superposables. Chez l'animal, l'infarctus macroscopique est exceptionnel alors qu'il est la règle chez l'homme. Dans l'endocardite expérimentale, on ne note jamais les lésions de nécrose parcellaire si fréquentes en pathologie humaine.

Robert Clément.

REVUE MEDICALE DE NANCY

Mlle Sonntag. ***Le diagnostic précoce du cancer du col. Test de Lahm-Schiller*** (*Revue médicale de Nancy*, t. **116**, n° 2, 15 Janvier 1938, p. 54-70). — L'épithélium du col de l'utérus renferme dans ses assises supérieures des quantités considérables de glycogène. Cette substance manque complètement dans l'épithélium cancéreux, surtout jeune. Les couches malpighiennes de l'épithélium cervical normal absorbent et fixent d'une façon élective une solution iodée; au bout d'une minute, elles prennent une coloration brun acajou. Les zones modifiées par la transformation néoplasique ne se colorent pas par l'iode, elles restent blanches ou rosées, leur couleur tranchant sur le brun de la surface environnante. La non-coloration d'une zone de la muqueuse du col utérin constitue donc un avertissement et indique l'existence de lésions cliniquement silencieuses et imperceptibles à l'œil nu.

L'épreuve de Schiller est basée sur ce fait. On utilise la solution aqueuse iodo-iodurée dite de Gram ou la solution de Lugol forte. Pour éviter les erreurs, il ne faut pas traumatiser le col en plaçant le spéculum et le nettoyer soigneusement avant de faire l'attouchement iodé. Le mucus empêche la coloration, le pus se colore en noir, le sang et l'eau obscurcissent la réaction. Un toucher vaginal avec un doigtier savonné ou huilé peut aussi fausser la réaction.

L'épreuve négative affirme l'intégrité du col utérin. En cas de cancer avancé, la réaction permet de délimiter l'étendue du cancer. Lors de métrite cervicale, l'épreuve fait ressortir la surface lésée, contrôle l'amélioration et confirme la guérison par sa négativité.

Dans les cas d'adénocarcinome, l'épreuve est sans valeur; elle n'est pas applicable non plus au cancer intracervical et au cancer du corps utérin.

Sur 60 femmes âgées de 27 à 70 ans, la réaction fut positive 13 fois. Dans 4 cas de prolapsus, l'examen microscopique des biopsies montra des lésions de sclérose et d'hyperplasie et l'absence de dégénérescence maligne. 5 fois, l'examen histologique révéla des lésions métritiques. Dans 2 cas de cancer cliniquement reconnus, l'épreuve permit de délimiter l'étendue des lésions. Les 2 autres réactions positives permirent de dépister des épithéliomas spino-cellulaires.

Robert Clément.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (Berlin)

H. Felke. ***Action des combinaisons de sulfonamide sur l'agent de la blennorragie*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **17**, n° 1, 1er Janvier 1938, p. 13-16). — La théorie sur le mode d'action des combinaisons sulfonamidées sur certains agents pathogènes n'est pas encore élucidée. G. Domagk admet aujourd'hui que les nouvelles combinaisons sulfonamidées exercent sur le gonocoque une action *in vitro* à des concentrations qui d'ailleurs sont irréalisables dans l'organisme. F. a songé à procéder à des expériences qui peuvent être considérées comme à moitié *in vivo*. La méthode a consisté à recueillir chez l'homme le pus d'une blennorragie récente à l'aide d'une anse de 2 mm. et à déposer quelques gouttes recueillies sur un bon milieu (sang-ascite-gélose). On constate ainsi qu'à l'intérieur de chaque goutte les gonocoques se multiplient rapidement. Des gouttes semblables sont mêlées sur une lamelle stérile à une goutte de la solution à étudier et on arrive ainsi à constater avec une précision suffisante et assez facilement dans quelle mesure la pullulation des germes a été inhibée. Des expériences ont porté ainsi sur l'ulirone, le prontosil blanc et le protargol à des dilutions diverses. L'examen des gouttes, pratiqué au bout de 24 heures, a montré que dans ces conditions, le protargol est pratiquement sans effet, sauf à une dilution inférieure à 1/200. L'activité du prontosil blanc est inférieure à celle de l'ulirone dans la proportion de 1/4 quand on tient compte de la dimension de la molécule. Ainsi, ces deux médicaments exercent une action nette sur la croissance des gonocoques et les résultats de cette épreuve se sont montrés remarquablement parallèles aux résultats de la chimiothérapie chez les malades d'où provenait le pus blennorragique. Sauf une exception, les cas où le gonocoque était sensible à une concentration d'ulirone inférieure à 1/1.000 ont rapidement guéri so s l'influence du médicament.

En utilisant la méthode de J. Kühnau, F. a cherché à déterminer la concentration des divers produits médicamenteux qui entrent en considération. Il a constaté ainsi que dans les globules rouges les sulfonamides ne se retrouvaient pas. Dans le sérum, l'ulirone est rencontré une heure après l'ingestion à une concentration variant de 1,2 à 6 milligr. pour 100 gr. Ce taux augmente jusqu'au 7e jour qui termine d'ordinaire la cure d'ulirone. La concentration 1,5 milligr. d'ulirone dans le sang s'est d'ailleurs montrée capable dans un cas d'agir sur les gonocoques du col.

En ajoutant de l'ulirone au milieu de culture, on a constaté qu'on arrivait à empêcher la croissance des gonocoques, alors que ce mélange restait absolument sans effet sur les streptocoques, les staphylocoques, les pneumocoques et les colibacilles.


VICHY
ETAT
VICHY
CELESTINS

Avec le prontosil il a été également constaté que les souches particulièrement sensibles *in vitro* à l'égard de ce médicament donnaient lieu à des affections facilement guéries *in vivo* par la chimiothérapie pure. Ces souches repiquées à plusieurs reprises n'ont pas présenté de variations très appréciables au point de vue de leurs caractéristiques à l'égard des agents thérapeutiques.

Dans un cas où la chimiothérapie était d'abord restée sans effet, de même que le traitement local, il est apparu, au bout d'un certain temps, un gonocoque sensible pour les sulfonamides et à ce moment une cure chimiothérapique a été suivie d'une guérison immédiate.

Les souches rencontrées dans les blennorragies chroniques du col sont en général les plus sensibles, soit *in vivo*, soit *in vitro*. Par contre, en cas d'annexite active, les souches du col sont régulièrement résistantes aux sulfonamides. Les souches recueillies pendant une blennorragie récente sont généralement résistantes. La chimiothérapie ne réussit bien que quand les souches sont sensibles. F. exprime donc de nouveau la crainte qu'une insuffisance de dosage fasse apparaître des souches résistantes.

Une étude comparative des divers sulfonamides a également été faite. Il a été constaté que la plus active de ces préparations est le DB 32 (inhibition des souches sensibles à une concentration de 0.4 milligr. pour 100 gr.); viennent ensuite le prontosil blanc, puis le DB 87 et enfin le DB 90 (uliron).

D'un autre côté, les gonocoques occupent dans la sulfonamidothérapie antibactérienne une situation exceptionnelle: aucun agent pathogène ne s'est montré aussi sensible pour ces composés *in vitro*. Il y a lieu de conclure, d'après F., que l'agent chimiothérapique ne tue pas le microbe, mais diminue sa virulence, après quoi il est achevé par l'organisme.

P.-E. Morhardt.

S. Werner. ***La thérapeutique de la diphtérie maligne par la vitamine C et par les extraits de corticosurrénale*** (*Klinische Wochenschrift*, t. 17, n° 1, 1er Janvier 1938, p. 17-20). — W. a eu l'occasion d'observer, en 1936-1937, à la Clinique pédiatrique de Fribourg, 13 enfants atteints de diphtérie maligne, c'est-à-dire présentant un ou plusieurs des symptômes suivants: fausses membranes étendues du pharynx et du nez, fétidité de l'haleine, œdème de l'anneau pharyngien, œdème périganglionnaire, hémorragies sous-cutanées, insuffisances de la circulation, vomissements, atteinte du foie et des reins.

Ce groupe de 13 enfants qui furent traités par des extraits de corticosurrénale et par la vitamine C est comparé avec un groupe de 17 enfants traités antérieurement sans ces médicaments. Dans le premier groupe, 8 enfants sont morts, tandis que dans le second, il n'y a eu que 7 décès; dans les deux groupes d'ailleurs, on a constaté que la mortalité s'élève avec la sévérité des formes. Dans les deux groupes, ce sont surtout les enfants présentant un nombre de signes de malignité qui ont succombé.

Dans un cas où il y avait hyperglycémie, celle-ci n'a pas été réduite par l'administration de la vitamine C.

En somme cette thérapeutique ne semble pas avoir amélioré les résultats.

P.-E. Morhardt.

C. Korth et H. Hecht. ***L'électrocardiogramme dans l'ostéite fibreuse kystique généralisée (maladie de Recklinghausen)*** [*Klinische Wochenschrift*, t. 17, n° 1, 1er Janvier 1938, p. 21-23]. — De nombreuses recherches ont montré que dans l'électrocardiogramme, l'intervalle QT dépend du taux du calcium du sang. Ce fait est bien mis en évidence dans la tétanie où cet intervalle augmente en même temps que le calcium du sang s'abaisse. Inversement, cet intervalle diminue sous l'influence d'injections intraveineuses de calcium ou par greffe de parathyroïde.

Ainsi, quand on constate un raccourcissement de l'intervalle QT, on doit se demander s'il n'existe pas une augmentation pathologique du calcium dans le sang. Des recherches de ce genre ont été poursuivies par K. et H. dans un cas de maladie de Recklinghausen, survenue chez un homme âgé de 35 ans, présentant des altérations progressives dans les membres inférieurs (pied plat, arthrose déformante du genou) accompagnées de douleurs vives. Cependant, une tuméfaction du maxillaire inférieur gauche amena à procéder à une biopsie qui fit découvrir une tumeur à cellules géantes; ultérieurement, les rayons Rœntgen firent constater l'existence de plusieurs foyers d'ostéite fibreuse typique. A ce moment, le calcium du sérum s'élevait à 16 milligr. et celui du phosphate à 3,9 milligr. pour 100 gr. On procéda à une opération qui consista tout d'abord à réséquer une partie de la thyroïde qui était très grosse, puis une tumeur grosse comme une noisette siégeant à droite, dans la capsule de cette glande, et considérée comme une parathyroïde anormalement grosse. Cette intervention resta sans résultat et on en fit une seconde qui permit d'enlever une autre parathyroïde augmentée de volume et située à gauche. Cette seconde intervention fit disparaître les symptômes morbides et réduisit le calcium du sang à un chiffre inférieur à 10 milligr. pour 100 gr.

En ce qui concerne l'électrocardiogramme, on a constaté jusqu'à la deuxième intervention un raccourcissement remarquablement constant de l'intervalle QT sans autre modification. L'électrocardiogramme pris immédiatement avant la seconde intervention donne — le pouls étant de 71 à la minute — pour QT: 0,30 seconde (au lieu du chiffre normal 0,33 à 0,42 seconde). Après la seconde intervention, le calcium est descendu à 8,3 milligr. l'intervalle QT s'est élevé à 0,42 seconde. Il n'y a d'ailleurs pas lieu de penser que cette modification de l'intervalle soit conséquence d'une altération du myocarde. En tout cas, chez le malade en question, il n'a été rien constaté cliniquement qui permette d'admettre une lésion de cet organe. Par ailleurs, l'électrocardiogramme possède une signification diagnostique importante dans les cas de diminution du calcium du sang, notamment pour dépister les cas de tétanie latente.

P.-E. Morhardt.

MEDIZINISCHE KLINIK

(Berlin, Prague, Vienne)

M. Teige (Berlin). ***Traitement de l'artérite oblitérante et des ulcères de la cuisse par les hormones sexuelles*** (*Medizinische Klinik*, t. 33, n° 35, 27 Août 1937, p. 1153-1155). — L'artérite oblitérante se rencontre fréquemment chez les vieillards et les ulcères plutôt chez les femmes âgées. Ces manifestations morbides se déroulent suivant les signes classiques connus.

M. T. a pensé qu'une insuffisance de la sécrétion hormonale sexuelle pouvait être la cause de ces affections.

En conséquence il a administré à ses malades de la folliculine et du progynon à la dose de 10.000 à 50.000 unités quotidiennement pendant cinq à sept jours.

M. T. note qu'il a obtenu de très bons résultats qui se sont maintenus en injectant par la suite tous les huit ou dix jours 10.000 unités de progynon. Les autres petits phénomènes tels que parésie, crampes, fourmillements, phénomènes des doigts morts sont également très souvent améliorés par ce traitement.

Enfin T. note que ce traitement ne s'applique pas aux escarres sacrées des ulcus ainsi qu'à la gangrène des extrémités.

Guy Hausser.

M. Hantschmann-Königsberg. ***Hormones, vitamines et circulation*** (*Medizinische Klinik*, t. 33, n° 35, 27 Août 1937, p. 1155-1158). — La régulation de la circulation est sous l'influence étroite de l'action d'un certain nombre d'hormones. L'absence, la présence en quantités plus ou moins normales de ces dernières ainsi que des vitamines pourraient déterminer des troubles circulatoires importants.

L'action de l'hormone thyroïde est connue depuis fort longtemps, soit qu'il s'agisse d'hypothyroïdie ou d'hyperthyroïdie (cas thyréotoxiques).

Il peut en résulter un travail anormal du myocarde qui est plus en danger pour ces derniers. Le trouble endocrinien de la thyroïde peut être déterminé directement par une lésion du corps thyroïde, mais aussi par une modification de l'hormone thyrotrope de l'hypophyse. C'est pourquoi dans ce cas les irradiations appliquées au niveau de la thyroïde sont insuffisantes pour améliorer l'état général, et il faut alors irradier l'hypophyse.

On observera les symptômes lors d'une sécrétion thyroïdienne insuffisante: elle pourra aller jusqu'à la cachexie hypophysaire. Il faudra alors administrer de la tyroxine en compensation de l'hormone manquante.

H. remarque qu'il y a une grande analogie dans la symptomatologie cardiaque des sujets hypothyroïdiens et des malades atteints de béri-béri.

H. expose ensuite les faits de la sécrétion rénale de l'adrénaline sympathicomimétique remarquable qui se caractérise par des actions chronotropes et domotropes, inotropes et tonotropes.

Suivant la quantité d'adrénaline déversée dans le torrent circulatoire et suivant les évolutions connues (adénomes toxiques ou au contraire maladie d'Addison) les effets de l'adrénaline se manifesteront ou non.

H. termine en examinant les troubles de la sécrétion d'hypophyse et, d'après cet examen portant sur plus de 450 diabétiques, il a constaté dans la plupart des cas une hypertension notable.

Guy Hausser.

Koehler (Berlin). ***A propos du traitement diététique des ulcères gastriques et des gastrites*** (*Medizinische Klinik*, t. 33, n° 35, 27 Août 1937, p. 1178-1180). — Autrefois on se préoccupait d'ordonner un régime en tenant compte de la quantité de la sécrétion gastrique. Maintenant on se préoccupe avant tout des conséquences mécaniques et de calmer l'estomac. Il faut tenir compte principalement de la durée pendant laquelle le bol alimentaire doit stationner dans le bas-fond gastrique.

K. insiste aussi sur la nécessité d'avoir des aliments qui arrivent finement divisés à l'estomac. Par conséquent, il faut que la mastication soit bonne et prolongée. L'abstention du chlorure de sodium est vivement recommandée en cas de gastrite. Pour éviter une distension, il faut donner des aliments qui sous le plus petit volume constituent une alimentation normale ne provoquant pas non plus d'hypersécrétion. Le lait semble à peu près abandonné en raison des inconvénients qu'il peut présenter parfois. Le sucre est vivement recommandé.

D'excellents résultats ont été obtenus avec le régime de Bircher-Benner (régime cru). Cette cure dure quatre à cinq semaines pendant lesquelles on ne manquera pas de donner des vitamines en quantité suffisante, ces vitamines sont surtout très importantes pendant les semaines qui suivront ce régime.

K. souligne ensuite le fait qu'en cas d'ulcus gastrique, il faut éviter de mettre les malades à la diète car, en réalité, ils ont besoin de toute leur force et une alimentation substantielle doit leur être administrée.

Guy Hausser.

REVUE BELGE DES SCIENCES MÉDICALES
(Louvain)

A. Bessemans. ***Nouvelles données expérimentales sur l'hyperthermie médicale*** (*Revue belge des Sciences médicales*, t. **9**, n° 9, Novembre 1937, p. 569-613). — Le tréponème pâle des syphilomes testiculaires du lapin, ainsi que celui des chancres primaires et de certaines lésions secondaires de la syphilis chez l'homme, accusent immédiatement la perte, ou un affaiblissement considérable de leur virulence, deviennent immobiles d'emblée ou très vite et disparaissent rapidement des tissus, lorsqu'ils subissent chez leurs hôtes, en une seule séance continue, et sous l'action d'une source de chaleur non lumineuse autre que l'irradiation directe infra-rouge, une température de 42° C. pendant une heure, de 40° pendant deux heures ou de quelques dixièmes au-dessous de 40° pendant plusieurs heures.

60 minutes après son introduction par la voie sanguine, dans l'organisme du poulet, du pigeon ou du coq, le tréponème syphilitique perd sa virulence.

Il est cependant possible qu'il se fasse à la longue une thermo-adaptation du tréponème.

Il est important de mesurer constamment, au cours des hyperthermies provoquées, la température focale du sein des tissus.

Qu'il s'agisse de l'effet virulicide immédiat *in vitro* des ondes courtes de 18 mètres sur un sarcome d'Ehrlich de la souris; de celui de ces ondes ou ondes courtes magnétiques de 2 mètres sur les cultures de bacilles pyocyaniques ou de bacilles prodigiosum; qu'il s'agisse de la balnéothérapie, de l'aérothérapie, de l'actinothérapie ou de la diathermie antisyphilitique *in vivo*, tout se passe comme si les effets étaient essentiellement de nature calorique.

Les meilleures hyperthermies sont celles qui, sans inconvénients pour le sujet, portent le siège de l'infection pendant le temps le plus long à la température la plus élevée.

Sauf pour certaines formes de neuro-syphilis, la pyrétothérapie, même dans les meilleures conditions, ne semble pas appelée à surpasser ni à remplacer la chimiothérapie. L'expérimentation est d'accord avec la clinique pour préconiser l'association des procédés de traitement physique et chimique.

Robert Clément.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA
(Montreal)

J. E. Gendreau et **A. Jutras.** ***Exploration radiologique de l'œsophage, de l'estomac et du petit intestin avec substance opaque en sac de caoutchouc*** (*L'Union médicale du Canada*, t. **67**, n° 2, Février 1938, p. 119-124). — Ce procédé utilise un petit sac de caoutchouc à paroi mince très souple d'environ 4 cm. de diamètre, relié par une petite canule de verre à un tube de caoutchouc souple de 4 mm. de diamètre suffisamment long pour aller jusque dans l'intestin grêle. Chez les patients dociles, dont les réflexes pharyngiens ne sont pas très marqués, on introduit sans difficulté le sac vide en en faisant une petite boule jusque dans l'hypo pharynx où on le maintient du bout des doigts. Le malade doit faire des efforts de déglutition: la flexion de la tête en avant et le pincement du nez facilite le passage à travers la bouche œsophagienne. Chez les sujets réfractaires, on emploie une sonde vide œsophagienne et l'anesthésie superficielle du pharynx. Dès que le sac est enfoncé de plusieurs centimètres dans l'œsophage thoracique, on retire la sonde vide et le sac continue à cheminer dans les voies digestives.

Dès que le sac a franchi l'œsophage cervical, on le remplit d'une substance opaque avec une seringue de 20 cm^3 adaptée au tube de caoutchouc. Les solutions colloïdales de thorium semblent les meilleures à cause de leur fluidité, de leur homogénéité et de leur densité spécifique.

Il vaut mieux procéder au remplissage sous le contrôle des rayons; on proportionne la quantité de liquide opaque aux besoins. Le patient avale quelques centimètres de tube et on règle ainsi la vitesse de descente.

Grâce à cette méthode, on peut faire d'intéressantes observations radiologiques sur l'œsophage, le cardia, l'estomac, le duodénum et le petit intestin. On peut radiographier le segment voulu en toutes directions et suivant les techniques les plus variées. Ce moyen d'exploration donne sur la motricité et l'anatomie de l'œsophage abdominal et du cardia des renseignements impossibles à obtenir avec les autres méthodes. Il objective l'intestin grêle par courts segments, au degré propice de distension, sans être gêné par aucun corps opaque dans le voisinage. Si on laisse circuler librement le sac dans l'intestin, il atteint sans difficulté le rectum à moins d'obstruction. Dans ce cas, la laparotomie s'impose de toutes façons. Dans le gros intestin, le sac opaque perd tout intérêt.

Robert Clément.

THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION
(Chicago)

W. F. Duggan. ***Le traitement de l'amblyopie tabagique par les vasodilatateurs*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **109**, n° 17, 23 Octobre 1937, p. 1354-1359). — L'amblyopie tabagique sans lésions du nerf optique est fréquente: il s'agit vraisemblablement d'un spasme des artères rétiniennes, et il était naturel d'essayer de la traiter par les vasodilatateurs. D. a traité ainsi 22 patients par l'acétylcholine et 24 autres par des injections intraveineuses de nitrite de soude: les résultats ont été très bons dans les deux séries, mais cependant meilleurs dans l'ensemble chez les malades traités par le nitrite de soude: sans doute parce que ce médicament est moins rapidement détruit dans l'organisme que l'acétylcholine.

Les injections intraveineuses de nitrite de soude doivent donc remplacer dorénavant les anciennes méthodes thérapeutiques de l'amblyopie tabagique, beaucoup moins efficaces.

R. Rivoire.

F. A. Chandler. ***Les hypercroissances locales*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **109**, n° 18, 30 Octobre 1937, p. 1411-1414). — Dans cet article, qui est un discours d'inauguration de chaire, C. passe en revue les causes connues d'hypercroissance locale : il étudie d'abord l'influence sur la croissance épiphysaire des traumatismes osseux, spontanés ou chirurgicaux; des infections osseuses (ostéomyélite, abcès de Brodie) ou articulaires. Puis il étudie l'action des troubles congénitaux, des lésions des chromosomes, en particulier des malformations vasculaires (nævi, fistules artério-veineuses, hémangiomes et lymphangiomes) qui sont une des causes les plus fréquentes d'hyperdéveloppement localisé. Enfin, il étudie rapidement l'aspect endocrinien de la croissance, en particulier l'hormone de croissance hypophysaire qui semble avoir une action élective, ainsi que le démontre l'existence de l'acromégalie unilatérale ou localisée.

Il termine enfin en souhaitant que l'orthopédiste pense un peu plus physiologiquement, au lieu d'être un simple chirurgien des difformités des membres.

R. Rivoire.

R. J. Bailey. ***La panniculite nodulaire fébrile non suppurée et récidivante (maladie de Weber-Christian)*** [*The Journal of the American medical Association*, vol. **109**, n° 18, 30 Octobre 1937, p. 1419-1425]. — La maladie de Weber-Christian est une affection très rare, caractérisée par l'apparition sur le dos et les épaules de nodules indurés, et par de la fièvre. Elle frappe surtout les femmes adultes, évolue par poussées et se caractérise histologiquement par une atrophie particulière du tissu graisseux. Son étiologie est entièrement inconnue.

B. a réussi à réunir 8 observations de cette maladie exceptionnelle, les expose en détail, et a constaté, du point de vue étiologique, que dans tous les cas l'affection avait débuté à la suite d'ingestion d'iodure ou de bromure : pour lui, il s'agirait d'une réponse spéciale du tissu réticulo-endothélial à certaines drogues.

R. Rivoire.

A. Rondall, J. E. Eiman et **P. R. Leberman.** ***La pathologie de la papille rénale; ses relations avec le calcul rénal*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **109**, n° 21, 20 Novembre 1937, p. 1698-1703). — R., E. et L. ont entrepris une vaste étude de la question de l'étiologie des calculs rénaux. Ils ont réussi à démontrer que ces calculs avaient leur point de départ sur la papille, qu'ils étaient à l'origine attachés à cette papille, et que la lésion initiale de la papille était la formation d'une plaque calcaire sur l'épithélium papillaire. Ils ont observé ces plaques calcaires dans près d'un quart des cadavres autopsiés, non choisis; et parmi ceux-ci, un grand nombre présentaient des calculs adhérant à ces plaques calcaires.

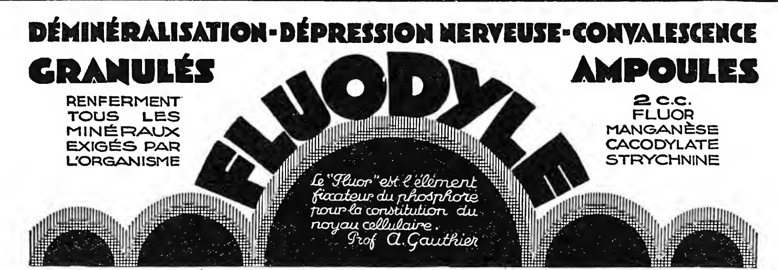
Tous les efforts de R., E. et L. pour reproduire expérimentalement ces plaques calcaires chez l'animal par des régimes carencés en vitamine furent infructueux. Par contre, l'injection d'une toxine streptococcique aboutit à des lésions papillaires assez positives. Et, après l'administration de parathormone pendant sx mois à des chiens, ils observèrent dans un cas l'apparition d'une plaque calcaire identique à celles de l'homme.

R. Rivoire.

W. J. Ezickson et **J. B. Feldman.** ***Signes oculaires de carence en vitamine A associés à la lithiase urinaire; études cliniques et recherches chez 25 malades*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **109**, n° 21, 20 Novembre 1937, p. 1706-1710). — De nombreuses recherches expérimentales ont mis à l'ordre du jour la question du rôle de la carence du facteur A dans la pathogénie de la lithiase urinaire. Malheureusement, les recherches américaines ont été faites pour la plupart à l'aide d'une méthode très discutable d'appréciation de la déficience en vitamine A, basée sur l'étude de l'adaptation de l'œil à l'obscurité, qui est loin d'avoir la rigueur d'un dosage direct du facteur A dans le sang.

A l'aide de cette méthode visuelle, suivant la technique et l'appareillage de Feldman, E. et F. ont décelé l'existence d'une carence en vitamine A dans 96 pour 100 des cas de lithiase rénale. Malheureusement, ces sujets, après six à huit mois de traitement intensif par la vitamine A, ne présentèrent aucune amélioration de leur syndrome d'héméralopie, ce qui tend à faire conclure, soit à une cause non vitaminique de cette héméralopie, soit à une absence d'absorption digestive ou d'utilisation de la vitamine A chez les lithiasiques. De toute façon, il s'agit là d'un phénomène intéressant, qui mériterait d'être repris à l'aide des méthodes modernes et précises de dosage de la vitamine A, en particulier à l'aide de la méthode spectrographique en lumière ultra-violette.

R. Rivoire.


DÉMINÉRALISATION-DÉPRESSION NERVEUSE-CONVALESCENCE
GRANULÉS
RENFERMENT TOUS LES MINÉRAUX EXIGÉS PAR L'ORGANISME
AMPOULES
2 c.c.
FLUOR
MANGANÈSE
CACODYLATE
STRYCHNINE
FLUODYLE
Le "Fluor" est l'élément fixateur du phosphore pour la constitution du noyau cellulaire.
Prof A. Gauthier
Littérature & échantillons: Éts SABATIER - A. EMPTOZ Pharmacien 10, R. Pierre Ducreux. PARIS (16e)

R. E. Glendy, S. A. Lévine et **P. O. White.** ***La maladie coronaire dans la jeunesse; comparaison entre 100 malades âgés de moins de 40 ans et 300 malades âgés de plus de 80 ans*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **109**, n° 22, 27 Novembre 1937, p. 1775-1781). — De cette étude statistique, G., L. et W. tirent les conclusions suivantes :

1° La maladie coronaire est dans l'ensemble moins grave chez les jeunes, la durée moyenne de la vie étant de sept ans.

2° Chez les jeunes, la maladie frappe presque exclusivement les hommes; dans les quelques cas féminins observés, il s'agissait uniquement de grandes hypertensions artérielles.

3° Le diabète et les affections vasculaires périphériques sont des facteurs exceptionnels de la maladie.

4° Il existe une prédominance raciale, étant donné que 39 pour 100 des jeunes malades observés étaient Juifs.

Bien qu'il reste beaucoup à apprendre sur les causes de la maladie coronaire, cette étude permet de montrer quelques facteurs étiologiques non négligeables.

R. Rivoire.

H. Feil et **C. S. Beck.** ***Le traitement de la sclérose coronaire et de l'angine de poitrine par la production d'une irrigation nouvelle du cœur*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **109**, n° 22, 27 Novembre 1937, p. 1781-1785). — Dans cet article du plus haut intérêt, F. et B. exposent un nouveau traitement chirurgical de la sclérose coronarienne, traitement hardi mais qui semble intéressant et efficace. F. et B. avaient remarqué, en effet, que les adhérences péricardiques pathologiques contiennent des vaisseaux importants, venus des artères médiastinales, formant ainsi une véritable anastomose coronarienne et une irrigation extra-coronarienne du myocarde : ils eurent l'idée courageuse de provoquer des adhérences chirurgicales entre le cœur et des tissus périphériques fortement vascularisés, en greffant du muscle pectoral ou de la graisse péricardique sur le cœur, après ablation partielle du péricarde.

Jusqu'à ce jour, F. et B. ont fait 25 fois cette intervention, chez des angineux très graves, non soulagés par le traitement médical, c'est-à-dire chez des malades où le risque chirurgical était considérable; alors que dans leurs premiers cas la mortalité était considérable (50 pour 100), l'amélioration progressive de la technique détermina une baisse de la mortalité, à tel point que les 9 dernières interventions furent réussies.

Treize opérés ont été suivis cinq mois ou davantage après l'intervention; les treize ont eu une amélioration considérable de leur état, et trois d'entre eux une guérison clinique pratiquement totale.

Ces résultats encourageants devraient inciter d'autres chirurgiens à essayer cette intervention physiologiquement séduisante.

R. Rivoire.

BULLETIN OF THE JOHNS HOPKINS HOSPITAL
(Baltimore)

H. W. Josephs et **P. Winocour.** ***Etude sur l'anémie hémolytique. I. Hémolyse ; régénération compensatrice et érythroblastose. II. Présence d'un facteur anti-hémolytique dans le plasma humain. III. Le plasma de porc comme une source de facteur anti-hémolytique*** (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, t. **62**, n° 1, Janvier 1938, p. 25-76). — On a cherché à exprimer la relation entre la formation du sang et sa destruction dans 11 cas d'anémie hémolytique (anémie à cellules falciformes, ictère hémolytique congénital, anémie hémolytique aiguë et quelques cas imprécis) en se servant du pourcentage des réticulocytes comme témoins de régénération et de l'excrétion de l'urobiline comme reflétant la destruction.

Ces deux méthodes donnent une approximation raisonnable en l'absence d'étrythroblastose marquée, si l'excrétion de l'urobiline est exprimée en rapport de l'hémoglobine totale en circulation. L'élimination de l'urobiline peut être utilisée comme indice de la destruction sanguine dans les anémies hémolytiques, mais il ne faut pas généraliser et elle ne peut remplir ce rôle dans tous les types d'anémies, notamment dans les pernicieuses.

Ces recherches montrent qu'il n'est pas possible pathogéniquement de séparer les formes hémolytiques des formes érythroblastiques. Il est mieux de considérer un groupe hémolytique érythroblastique en évaluant l'importance de l'un et de l'autre processus dans chaque cas, ou à différentes époques dans le même cas. L'ictère hémolytique congénital par exemple est à prédominance hémolytique avec peu de tendance à l'érythroblastose sauf chez le nourrisson et, au moment des crises, tandis que l'anémie méditerranéenne est surtout érythroblastique, l'anémie à cellules falciformes occupera une position intermédiaire.

Dans un cas d'anémie à hématies falciformes, une transfusion fut suivie d'une réduction marquée temporaire du taux de destruction sanguine. On en déduit qu'il y a dans le plasma normal une substance ayant un pouvoir spécifique de réduire le taux de destruction des hématies, non seulement dans cette anémie, mais probablement dans l'ictère hémolytique. Cette substance siégerait dans la fraction éthérosoluble du plasma désalbuminé. Il est encore trop tôt pour en faire une application thérapeutique car des essais ont été désappointants avec le sang humain.

Avec le plasma de porc, à la suite des injections, les résultats semblent favorables, mais les effets sont irréguliers et les cas trop peu nombreux pour qu'on en puisse tirer des conclusions.

Robert Clément.

A. R. Rich et **R. H. Follis jr.** ***L'effet inhibiteur de la sulfanilamide sur le développement de la tuberculose expérimentale du cobaye*** (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, t. **62**, n° 1, Janvier 1938, p. 77-84). — 59 cobayes de 400 gr. environ ont été infectés par voie sous-cutanée avec 0 cmc 1 d'une suspension de bacilles tuberculeux humains contenant une moyenne de 5 bacilles par champ d'immersion. 31 des animaux ainsi inoculés reçurent chaque jour, pendant toute la durée de l'expérience, la sulfanilamide directement dans la bouche. 10 : 00 milligr. en une seule dose quotidienne, 6 : 200 milligr. en 2 fois, 15 : 500 milligr. en 4 doses. Les autres servirent de témoins.

Chez les animaux ayant reçu 100 milligr. par jour, il n'y eut pas de différence appréciable avec les témoins en ce qui concerne les lésions macroscopiques et microscopiques. Dans le deuxième groupe, les lésions furent moindres chez les cobayes traités ; alors que tous les témoins avaient de grosses rates pleines de tubercules, les lésions n'étaient apparentes macroscopiquement dans la rate que chez 1 seul des animaux traités. Microscopiquement, tous les cobayes étaient tuberculeux, mais ceux qui avaient reçu la sulfanilamide présentaient des lésions moins nombreuses et moins étendues.

Dans la troisième série, la différence était encore plus marquée avec les animaux de contrôle. Après trois semaines, les ganglions étaient moins volumineux chez les animaux traités. A l'autopsie, à la cinquième ou la sixième semaine, la rate ne paraissait pas grosse, les ganglions trachéo-bronchiques étaient de faible volume; aucun des viscères ne présentait des lésions macroscopiques. Des tubercules furent cependant trouvés sur les coupes chez tous les animaux sacrifiés après 6 semaines et chez 3 sur 4 tués à la cinquième semaine, mais ils étaient moins nombreux et moins étendus que chez les témoins.

Dans les conditions expérimentales ci-dessus, la sulfanilamide a exercé un pouvoir inhibiteur sur le développement de la tuberculose. Cependant aucune conclusion ne peut en être tirée sur l'effet possible de ce médicament sur la tuberculose humaine jusqu'à ce qu'une étude approfondie ait été faite de la toxicité possible des doses nécessaires.

Robert Clément.

THE LANCET
(Londres)

H. Finklestone-Sayliss, C. G. Paine et **L. B. Patrick.** ***L'action bactériostatique de la p-aminobenzènesulphonamide sur le streptocoque hémolytique*** (*The Lancet*, n° 5953, 2 Octobre 1937, p. 792-795). — L'action bactériostatique de la sulphonamide sur le streptocoque est précédée d'une phase de stimulation de croissance qui se voit surtout chez les cultures jeunes. Cette substance est plus soluble dans les graisses qui proviennent de l'enveloppe du streptocoque que dans une solution aqueuse.

La sulphonamide ne semble pas modifier l'activité des polynucléaires. Par contre, elle stimule l'activité phagocytaire des cellules réticulo-endothéliales chez le lapin. La signification de ce fait par rapport à son action dans les infections humaines n'a pas été recherchée. Elle stimule également chez le lapin la production des polynucléaires de la moelle osseuse.

André Plichet.

M. K. Maitra et **J. Harris.** ***La surveillance de la nutrition. La déficience en vitamine A chez les enfants de Londres et de Cambridge*** (*The Lancet*, n° 5957, 30 Octobre 1937, p. 1009-1013). — Beaucoup d'auteurs pensent que l'insuffisance de nutrition est très répandue en Angleterre. En réalité jusqu'à présent, il était difficile, faute de test, de juger les carences alimentaires. M. et H. se sont servis de la technique décrite par Jeans et Zentmine en 1933, l'adaptation au noir jugée par le photomètre de Birch-Hirschfeld.

Le pourpre rétinien, qui est détruit par la lumière et qui est recréé dans le noir, contient de la vitamine A. La carence vitaminique diminue la possibilité de voir distinctement dans le noir. On peut améliorer les sujets qui sont atteints de cette imperfection en leur donnant de l'huile de foie de morue ou une autre substance à base de vitamine A. En mesurant la plus petite quantité de lumière qu'un enfant peut voir dans l'obscurité, on peut apprécier sa carence en vitamine A.

A l'aide de ce test, M. et H. ont examiné les enfants des écoles de l'est de Londres et de Cambridge. 40 à 45 pour 100 des enfants des écoles élémentaires, 90 pour 100 des écoles primaires, ont une carence en vitamine A. Elle est plus marquée chez les jeunes enfants que chez les adolescents et que chez les adultes et moins marquée chez les filles de 13 à 14 ans que chez les garçons du même âge.

André Plichet.

W. R. Blackie. ***Transfusion du sang dans le traitement de la fièvre bilieuse hémoglobinurique*** (*The Lancet*, n° 5959, 13 Novembre 1937, p. 1124-1127). — B. a utilisé la transfusion dans 22 cas dont il a pu suivre l'évolution. Sur ces 22 cas, 16 étaient des formes toxiques, polyuriques, 3 des formes à rechutes, 3 des formes anuriques. Tandis que tous les malades atteints de formes polyuriques et de formes à rechutes survécurent, ceux atteints d'anurie moururent. Le mauvais état général de ces derniers malades empêcha la continuité du traitement. Sept malades traités à leur domicile

guérirent aussi bien que les malades de l'hôpital. Cela montre la valeur intrinsèque de ce traitement qui peut être fait dans les pays les plus éloignés de tout secours, mais il faut le commencer dès le début de la maladie.

Dans la phase hémolytique, l'organisme est privé de l'activité érythroblastique de la moelle. La transfusion précoce est donc logique. Ces transfusions doivent être répétées jusqu'à la reprise de l'érythropoièse. Elles sont utiles dans les formes polyuriques, dans les formes à rechutes ainsi que dans l'asthénie post-hémoglobinurique.

André Plichet.

Léonard Colebrook et **Anthony W. Purdie.** ***106 cas de fièvre puerpérale traitée par la sulphanilamide (streptocide)*** [*The Lancet*, n° 5961, 27 Novembre 1937, p. 1237-1242]. — Après avoir utilisé dans le traitement de l'infection puerpérale le Prontosil rouge et le Prontosil soluble, C. et P. ont expérimenté dans 106 cas de fièvre puerpérale, de gravité différente, un autre produit la para-aminobenzène-sulphonamide, dénommée streptocide en Angleterre. Ils n'observèrent que 8 cas de mort et cependant 53 pour 100 des malades avaient une hémoculture positive. Sur 3 malades ayant une hémoculture positive au streptocoque et à des germes anaérobies, 2 guérirent. Enfin, sur 3 staphylococcémies, il y eut 2 guérisons.

Les doses du médicament varièrent entre 3 et 6 gr. pendant la période aiguë. Dans un cas de gravité exceptionnelle on donna jusqu'à 15 gr. pendant deux à trois jours.

On observa dans 58 pour 100 des cas un léger degré de cyanose, mais sans dyspnée et sans insuffisance cardiaque. Cette cyanose est due à la présence dans le sang de méta- ou de sulpho-hémoglobine d'origine encore inconnue.

On observa également quelques phénomènes sans importance : céphalée, dépression, mouches volantes, douleurs articulaires. Dans l'urine de ces malades on ne trouva jamais de globules rouges. Dans deux cas on trouva quelques cylindres et dans 3 cas de l'albumine en petite quantité.

André Plichet.

C. G. K. Thompson. ***Traitement de la méningite cérébro-spinale par le drainage spinal continu*** (*The Lancet*, n° 5961, 27 Novembre 1937, p. 1242-1246). — A l'aide d'une technique spéciale, T. est arrivé à triompher des difficultés de ce traitement qui comporte un certain nombre d'avantages sur le traitement habituel des méningites cérébro-spinales par le sérum anti-méningococcique. Le drainage spinal, conforme aux principes physiologiques, renseigne à tout moment sur la composition du L.C.R., contrôle la pression intra-rachidienne et réalise un écoulement continu des exsudats méningés. Il supprime la nécessité du sérum intrarachidien et par conséquent les risques traumatiques de la ponction lombaire et de la ponction cisternale. Avec ce traitement, le blocage spinal et basal ne se produit pas.

Avec une instrumentation spéciale, on pratique une ponction lombaire au lieu d'élection. On retire une quantité initiale minime de liquide et on établit un drainage goutte à goutte en modérant l'écoulement de façon à ce que la pression ne tombe pas au-dessous de 100. Les quantités de L.C.R. retirées par heure sont variables de 6 à 20 cmc et ce drainage peut se prolonger pendant deux cents heures permettant de retirer jusqu'à 4 litres de L.C.R.

Cette méthode comporte quelques inconvénients. Elle nécessite une infirmière spécialement entraînée pour donner des soins à un malade immobilisé. Chez les enfants ce traitement est difficile à réaliser.

T. a appliqué cette méthode à 28 malades, il a obtenu 18 guérisons.

André Plichet.

Daniel T. Davies et **A. T. Macbeth Wilson.** ***Observations sur les commémoratifs de l'ulcère peptique chronique*** (*The Lancet*, n° 5963, 11 Décembre 1937, p. 1353-1360). — Dans des recherches faites sur 205 cas d'ulcères de l'estomac, D. et W. ont trouvé que, dans 84 pour 100 des cas, les symptômes commencent peu après un événement affectant le travail du malade ou ses finances ou la santé de sa famillle. Au contraire, on ne trouva chez des malades atteints de hernie que 22 pour 100 ayant présenté les mêmes commémoratifs.

Sur 52 rechutes d'ulcère d'estomac, prouvées par la radiographie, 42 ont suivi un événement causant une certaine inquiétude au malade.

Ces malades atteints d'ulcère d'estomac se distinguent par un type psychique spécial : ils sont capables de passer brusquement de la joie intense à la tristesse profonde, ils sont d'une activité débordante mais aussi très anxieux. Nulle maladie n'est un si grand exemple de l'influence des phénomènes psychiques sur un organe. L'ulcère de l'estomac a pu être reproduit par la stimulation électrique de l'hypothalamus (Beattie, Cushing), aussi pouvons-nous admettre que les phénomènes émotionnels peuvent produire des troubles dans le fonctionnement de l'estomac et dans sa structure.

La thérapeutique de l'ulcère de l'estomac pour être efficace doit tenir compte de l'homme tout entier, de son travail, de ses soucis aussi bien que de son régime.

André Plichet.

E. Idris Jones. ***Un nouveau syndrome apparemment dû à une hyperactivité de la pituitaire postérieure*** (*The Lancet*, n° 5966, 1er Janvier 1938, p. 11-13). — Il s'agit d'un malade de 26 ans chez lequel une hypertension à 19/11, une anémie hyperchromique, une anachlorhydrie, une tolérance aux hydrates de carbone anormale était associée à un trouble urinaire caractérisé par la présence dans les urines d'une substance qui possédait les mêmes effets que l'extrait d'hypophyse postérieure.

L'extrait des urines de ce malade augmentait la pression chez l'animal, avait une action antidiurétique chez le rat et modifiait la coloration de la grenouille.

On connaît en clinique les maladies qui sont dues à l'hyperfonctionnement du lobe antérieur, il n'est pas illogique de penser qu'il peut exister le même trouble dans le fonctionnement du lobe postérieur.

André Plichet.

MINERVA MEDICA
(Turin)

E. Liverani et **N. Magno.** ***Les bronchectasies des lobes supérieurs*** (*Minerva Medica*, an. 28, t. 1, n° 18, 6 Mai 1937, p. 461-469). — On admet classiquement que les bronchectasies des lobes supérieurs sont rares; cette rareté peut s'expliquer par le peu d'effet des tractions exercées par les adhérences sur la partie supérieure des poumons et par la facilité du drainage des bronches supérieures; mais il est possible que la rareté soit plus apparente que réelle; la proportion des dilatations des bronches des lobes supérieurs est toujours plus élevée dans les statistiques d'autopsie que dans les statistiques cliniques; en effet, l'huile iodée ne pénètre dans les bronches supérieures que si le malade se penche en avant et un peu de côté, à moins, bien entendu, que des conditions particulières de rétraction n'aient modifié leur direction. L. et M., en peu de temps, ont trouvé 12 cas de bronchectasies des lobes supérieurs, dont 9 atteignant exclusivement ces lobes; dans ces 9 cas, l'expectoration n'était pas très abondante et était peu purulente; la fièvre était modérée; les déformations hippocratiques des doigts presque constantes dans les bronchectasies inférieures étaient très peu accusées ou nulles; dans un seul cas, l'hérédosyphilis a pu être mise en cause; il est rare que l'importance de la sclérose apicale rende probable l'existence de lésions tuberculeuses antérieures, mais il est fréquent que les malades atteints de bronchectasies des lobes supérieurs soient pris pour des tuberculeux. Pour le traitement, L. et M. attachent une grande importance à la « toilette bronchique matinale »; les malades arrivent rapidement à trouver la position de choix dans laquelle ils peuvent vider complètement au réveil par quelques efforts de toux leurs bronches dilatées; le pneumothorax pourra être essayé sans illusions car les adhérences le rendent presque constamment inefficace.

Lucien Rouquès.

G. M. Rasario. ***Recherches histopathologiques sur l'innervation des artères coronaires*** (*Minerva Medica*, an. 28, t. 1, n° 18, 6 Mai 1937, p. 470-476). — Quelques recherches ont été faites sur l'histologie pathologique des nerfs et des ganglions du cœur, mais aucune étude n'a encore porté sur les éléments nerveux des parois des coronaires. R. a étudié ces éléments dans 30 cas avec la technique de Cajal modifiée par De Castro; il est certain que les coronaires ont une riche innervation sensitive; les nerfs extra- et intra-pariétaux des coronaires restent indemnes lorsqu'il n'y a pas de lésions du myocarde ou des vaisseaux; les altérations les plus accusées ont été notées chez des sujets présentant des lésions graves de syphilis ou d'artério-sclérose des coronaires.

Dans les coronarites syphilitiques, R. a trouvé au niveau des ganglions des infiltrations parvicellulaires péri- et intra-capsulaires, des ectasies des vaisseaux péri-ganglionnaires et des altérations des cellules ganglionnaires; au niveau des troncs nerveux, il a noté des infiltrations parvicellulaires péri- et intra-tronculaires, des ectasies des capillaires nerveux et une prolifération du tissu interstitiel; au niveau des fibres intrapariétales réunies en fascicules ou isolées et se terminant dans l'adventice, il a constaté des tuméfactions en fuseau ou en boule donnant souvent aux fibres un aspect moniliforme, une désintégration du réticulum neuro-fibrillaire, des interruptions des fibres dont les extrémités sont gonflées en massue et certains fragments sont hypercolorés. Les lésions des nerfs dans les coronarites artério-scléreuses sont de même ordre mais moins intenses en général et sans signes d'inflammation.

Ces lésions du système d'innervation des coronaires ont sans doute une grande importance dans la pathogénie des troubles de la tonicité des coronaires et par suite des troubles de l'irrigation myocardique. Il n'est pas impossible que les lésions nerveuses jouent un rôle dans la production des lésions artério-scléreuses.

Lucien Rouquès.

G. C. Dogliotti et **E. Montuschi.** ***Recherches sur le mode d'action de l'insulinate de protamine et sur ses indications dans le traitement du diabète*** (*Minerva Medica*, an. 28, t. 1, n° 25, 24 Juin 1937, p. 654-660). — Si l'on injecte comparativement chez un diabétique de l'insuline ordinaire et de l'insulinate de protamine, on constate que le dernier a une action hypoglycémiante moins brusque, plus uniforme dont le maximum se place vers la 10e-12e heure et plus durable (vingt-quatre heures ou plus); ces propriétés rendent l'insulinate de protamine préférable à l'insuline chez les diabétiques très sensibles à celle-ci : à une dose qui avec l'insuline donnerait des accidents d'hypoglycémie, l'insulinate de protamine est bien supporté en général.

L'insulinate de protamine est indiqué dans les diabètes graves de l'adulte ou des enfants et dans les diabètes compliqués d'accidents infectieux; dans 2 cas de pneumonie chez des diabétiques, de bons résultats ont été obtenus en injectant 30 à 40 uni-

tés d'insulinate de protamine le matin et 10 à 15 unités d'insuline avant chaque repas; dans la règle, il y a intérêt à associer dans les diabètes graves ou compliqués l'insuline à l'insulinate de protamine; la dose totale en unités est la même qu'avec l'insuline seule; au début du traitement mixte, on note assez souvent une légère accentuation du syndrome diabétique mais elle cède en quelques jours et il n'est pas rare d'observer plus tard une certaine augmentation de la tolérance hydrocarbonée.

LUCIEN ROUQUÈS.

Carlo Alice. ***Observations sur les maladies présentes dans les familles de 600 asthmatiques*** (*Minerva medica*, an. **28**, t. **1**, n° 25, 24 Juin 1937, p. 660-665). — Les maladies observées le plus fréquemment dans les familles des asthmatiques sont les affections pulmonaires qui comprennent les deux tiers de toutes les maladies; la tuberculose pulmonaire est au premier rang et avec les pleurésies s'observe dans les familles de 82 pour 100 des asthmatiques; puis viennent, par fréquence décroissante, l'asthme, la pneumonie et la bronchopneumonie; A. pense qu'il existe dans les familles des asthmatiques une véritable prédisposition morbide respiratoire. Les maladies allergiques non asthmatiques ont été relevées dans le cinquième des familles : migraine, urticaire, œdème de Quincke, coryza spasmodique. Les maladies extra-respiratoires ne semblent pas avoir une grande importance : maladies cardio-vasculaires (19 pour 100 des familles), tumeurs (17 pour 100, sans aucun cancer du poumon), maladies arthritiques (11 pour 100, chiffre faible qui va à l'encontre de certaines affirmations, mais qui tient peut-être au milieu assez misérable sur lequel les observations ont porté), psychoses et épilepsie (8 pour 100), syphilis (4 pour 100, chiffre sans doute inférieur à la réalité), affections endocriniennes (2 pour 100).

Dans 119 familles, il y avait au moins 2 cas d'asthme; dans ces familles, en dehors des affections respiratoires et de la tuberculose, aucune affection n'avait une fréquence spéciale, pas même les autres maladies allergiques ou les dermatoses comme l'eczéma; la consanguinité existait rarement. L'ambiance a une importance considérable : il y a de véritables maisons d'asthmatiques où vivent deux ou trois familles d'asthmatiques; des parents indemnes venant habiter dans ces maisons y ont parfois présenté des crises. La profession ne joue pas un grand rôle; souvent les asthmatiques d'une même famille ont des métiers différents et parmi ceux qui exercent le même métier, tous ne sont pas atteints. Les deux sexes sont également touchés; la période la plus fréquente du début est la même que dans l'asthme non familial : troisième décade de la vie; toutefois, l'asthme débute souvent un peu plus tôt chez les enfants que chez les parents et a tendance à être moins grave chez les premiers; dans quelques familles, ce ne sont que les hommes ou que les femmes qui sont atteints. Dans les rares familles présentant trois à six membres asthmatiques, il est assez difficile d'affirmer que l'asthme est héréditaire au sens mendélien; il se pourrait toutefois qu'il se comporte comme une affection dominante.

LUCIEN ROUQUÈS.

G. Pellegrini. ***La radiothérapie thyroïdienne dans la décompensation cardiaque*** (*Minerva Medica*, an. **28**, t. **2**, n° 29, 29 Juillet 1937), p. 59-64). — Dans ses premières interventions sur le corps thyroïde au cours des asystolies banales, Lévine ne pratiquait que des thyroïdectomies subtotales et irradiait les fragments restants de la glande pour maintenir un état constant d'hypothyroïdisme; les échecs qu'il avait observés avaient fait croire que la radiothérapie thyroïdienne était inefficace dans l'insuffisance cardiaque. L'expérience de P., basée sur une pratique de deux ans, montre que la radiothérapie peut à elle seule améliorer des insuffisances cardiaques graves non basedowiennes; un des résultats les plus nets est celui qui a été obtenu chez une femme de 38 ans, atteinte d'une double lésion mitrale et aortique d'origine rhumatismale qui présentait une asystolie très grave ayant résisté à des cures intenses de digitaline et de strophantine administrées jusqu'au seuil de l'intoxication; 3 irradiations thyroïdiennes faites en une semaine ramenèrent la consommation d'oxygène d'abord augmentée de près de la moitié à la normale, où elle se maintint pendant une semaine; la radiothérapie fut ensuite reprise par séries de trois séances à des intervalles variables et la consommation en oxygène se stabilisa vers — 10, — 15 pour 100; l'amélioration de l'asystolie fut évidente et rapide; menant une existence très calme, la malade ne présenta de rechute qu'au bout d'un an; la nouvelle asystolie résista également à la digitaline et à la strophantine et fut réduite par de nouvelles irradiations thyroïdiennes.

P. a observé de nombreux malades chez qui cette méthode sans contre-indication ni danger a donné de bons résultats; en particulier, un malade présentant des crises d'angine d'effort n'a plus eu de crise pendant la durée du traitement antithyroïdien et a pu se livrer sans inconvénients à des efforts qui, avant, déclenchaient toujours une crise violente.

LUCIEN ROUQUÈS.

M. Rigoni et **G. Zanfrognini** (Bologne). ***Le cycle saisonnier de l'allergie tuberculinique*** (*Minerva medica*, an. **28**, t. **2**, n° 33, 19 Août 1937, p. 161-163). — Hamburger a signalé que la cuti-réaction à la tuberculine est plus intense chez les enfants au printemps qu'aux autres saisons; R. et Z. ont déterminé, d'après 1.600 sujets, l'intensité moyenne de l'intradermoréaction à la tuberculine envisagée mois par mois pendant cinq ans; ils ont relevé un maximum principal entre Mars et Mai et un maximum secondaire en Octobre-Novembre. Cliniquement, on note aux mêmes périodes une fréquence accrue des tuberculoses initiales ou des rechutes, des infiltrats précoces d'Assmann et des formes à dissémination hématogène; mais la plus grande fréquence saisonnière de ces formes n'intervient pas dans le maximum d'intensité des intradermoréactions, car celles-ci n'ont jamais été faites dans les tuberculoses aiguës. R. et Z. attribuent les variations de l'intensité des intradermo-réactions à des variations saisonnières du tonus végétatif qui présente une prédominance vagale relative au printemps et à l'automne; les variations de l'intensité des intradermoréactions sont indépendantes des facteurs bio-climatiques ou tout au moins du plus important de ceux-ci, la température.

LUCIEN ROUQUÈS.

O. Maestri et **A. Bernabo Silorata** (Turin). ***Les hémoptysies d'alarme; considérations cliniques et radiologiques portant sur plus de 100 cas*** (*Minerva medica*, an. **28**, t. **2**, n° 33, 19 Août 1937, p. 163-183). — M. et B. ont étudié 121 cas d'hémoptysies d'alarme; dans 4,14 pour 100 des cas, il n'a pas été possible de trouver une lésion spécifique de l'arbre respiratoire; l'origine tuberculeuse a été prouvée dans 95,86 pour 100 des cas. En général (64,6 pour 100), l'hémoptysie d'alarme dépend d'infiltrats tuberculeux siégeant surtout sous la clavicule, mais pouvant exister en un point quelconque du parenchyme, donnant lieu à des signes cliniques ou radiologiques, ou à la fois cliniques et radiologiques de ramollissement, avec bactérioscopie souvent positive, et correspondant à des microcavernes, à des cavernes en nid d'abeille et à des cavernes rondes. Dans d'autres cas, l'hémoptysie d'alarme est due à une tuberculose micronodulaire isolée, à siège surtout apical, dont certains nodules sont déjà transformés en microcavernes (15,4 pour 100) ou à une dissémination miliaire diffuse des deux poumons (8,7 pour 100). Dans les cas restants, peu nombreux d'ailleurs, l'hémoptysie d'alarme révèle une lésion fibro-caséeuse ancienne avec cavernes multiples restée latente.

LUCIEN ROUQUÈS.

L. Donatelli (Florence). ***Sur le diagnostic différentiel des empoisonnements par les hypnotiques*** (*Minerva medica*, an. **28**, t. **2**, n° 34, 26 Août 1937, p. 198-203). — Dans les empoisonnements d'une certaine gravité par les dérivés barbituriques, on observe assez souvent, à côté des phénomènes d'agitation et de convulsion, des phénomènes d'hypertonie ou spasmes toniques; tandis que la plupart des muscles sont flasques, la recherche des mouvements passifs montre une contracture accentuée au niveau de quelques muscles, masséters et fléchisseurs du membre inférieur en général, muscles du bras et de la nuque parfois, muscles du tronc rarement; ces spasmes sont fugaces et mobiles, passant rapidement d'un groupe musculaire à un autre. D. n'a pas noté ces signes dans les intoxications par les hypnotiques non barbituriques.

LUCIEN ROUQUÈS.

M. Bassi (Sienne). ***Diathèse hémorragique avec diminution des plaquettes et des leucocytes chez l'adulte; effet de la splénectomie*** (*Minerva medica*, an. **28**, t. **2**, n° 37, 16 Septembre 1937, p. 270-274). — Un homme de 40 ans a présenté treize ans auparavant des hémoptysies pendant un mois à l'occasion d'un épisode pulmonaire et neuf ans auparavant une épistaxis abondante; les épistaxis se répètent depuis cette époque au moins deux fois par an. A l'examen, le malade est pâle, avec de petites taches purpuriques; la rate déborde de 2 travers de doigt; l'examen de sang donne: G.R., 2.880.000; G., 0,83; G. B., 3.500; formule: 64 polyn. neutrophiles, 1 polyn. éosinophile, 31 lymphocytes, 4 monocytes; plaquettes: 3.000 par millimètre cube; temps de saignement: 2 heures; temps de coagulation prolongé; absence de véritable rétraction du caillot; signes du lacet, de Koch, du marteau positifs.

Après l'échec du traitement médical, on fait la splénectomie; les plaquettes augmentent vite; aussitôt après l'opération: 10.000; 7 heures après: 13.000; 48 heures après: 18.000; 15 jours après: 100.000; 20 jours après: 200.000; les signes d'hémogénie disparaissent immédiatement; l'anémie s'efface vite et la leucopénie est remplacée par une légère leucocytose. Le malade a été revu au bout de sept mois : il n'avait pas saigné et l'examen de sang était normal, sauf en ce qui concerne les plaquettes dont le nombre n'était plus que de 91.000.

La cause de ce syndrome hémorragique est inconnue; la rate ne présentait que des lésions assez discrètes: hyperplasie de la pulpe rouge sans note hémolytique, dégénérescence scléreuse diffuse des petits vaisseaux artériels.

LUCIEN ROUQUÈS.

NOWINY LEKARSKIE
(Varsovie)

V. Tomaszewski. ***L'influence de la vitamine C sur la formule leucocytaire*** (*Nowiny Lekarskie*, t. **49**, Fasc. 20, 15 Octobre 1937, p. 621-625). — T. étudie l'influence de la vitamine C sur la formule leucocytaire des sujets sains et chez les malades atteints de leucémie ou d'autre affection avec leucocytose prononcée. Il utilise dans son expérimentation l'acide ascorbique en injections intraveineuses à la dose de 300 milligr. Les résultats obtenus enseignent que c'est seulement dans certains cas de leucocytose modérée qu'on peut obtenir une diminution du nombre des leucocytes, à la suite de l'administration prolongée de la vitamine C. Une injection isolée, même avec des doses élevées chez des sujets normaux, ne donne pas de

changements appréciables. Au cours des leucémies, on observe des variations opposées dans les résultats enregistrés. FRIBOURG-BLANC.

NEDERLANDSCH TIJDSCHRIFT VOOR GENEESKUNDE (Amsterdam)

C. W. Bottema. ***Existe-t-il une syphilis tropicale ?*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. **81**, n° 47, 20 Novembre 1937, p. 5598-5600). — Au cours d'un séjour à Socrabaia (Indes néerlandaises), B. a cherché à préciser les caractères qui, prétendument, distinguent la syphilis tropicale de la syphilis européenne. Il a eu l'occasion d'observer chez les indigènes 321 cas et chez les Européens 770 cas de syphilis récente. La période d'incubation a été la même dans les deux groupes. La localisation du chancre a été un peu plus souvent périgénitale chez les Européens que chez les indigènes où, par contre, le chancre multiple a été un peu plus souvent observé. Le chancre phagédénique et le chancre mixte sont aussi fréquents chez les blancs que chez les jaunes, mais au total, un peu plus souvent observés qu'en Europe. La seconde période d'incubation et les réactions de Wassermann et Sachs-Georgi n'ont pas présenté de différence entre les deux races. L'éruption secondaire a été surtout maculeuse, aussi bien chez les indigènes que chez les Européens. Chez les premiers cependant, elle est plus difficile à constater à cause de la teinte foncée de la peau. Ainsi quand on prend un groupe d'indigènes surveillés comme le sont les Européens, on constate que dans les deux populations, la syphilis ne diffère pas appréciablement, tout au moins en ce qui concerne les deux premières périodes. Le pian latent ne semble pas, d'après B., influer sur le cours de la syphilis.

En ce qui concerne la parasyphilis et la syphilis congénitale, il ne semble pas que l'existence de différences soit vraiment établie.

Quant aux formes tertiaires et parasyphilitiques que B. n'a pu étudier sur place, il semble d'après les données de la littérature que, plus elles sont étudiées, plus on les trouve identiques dans les deux populations.

Ainsi, le syndrome de la prétendue « syphilis tropicale » doit être rattaché principalement à la confusion avec le pian, au fait qu'on généralise des observations faites sur un matériel choisi de malades indigènes consultants des policliniques bien outillées, à l'absence de soins réguliers et enfin au mauvais état général des malades.

P.-E. MORHARDT.

A. M. Meerloo. ***Le sulfate de benzédrine comme stimulant cérébral*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. **81**, n° 49, 4 Décembre 1937, p. 5797-5799). — Dans une série d'affections et notamment dans la narcolepsie, les dépressions, l'asthme, le parkinsonisme on a obtenu avec la benzédrine des résultats qui ne sont pas toujours nettement supérieurs à ceux que fournissent l'adrénaline, l'éphédrine ou l'atropine. D'autre part, la benzédrine exerce des effets secondaires sur le psychisme. A ce propos, M. donne l'observation d'un étudiant de 23 ans qui s'est présenté à sa consultation et qui était atteint de troubles mentaux. Un soir, après avoir beaucoup travaillé pour ses examens, il s'était mis en colère contre des amis qu'il voulait frapper avec une chaise. Jamais jusqu'alors, ce jeune homme n'avait présenté de réactions de ce genre. L'interrogatoire apprit que, depuis déjà un certain temps, cet étudiant, pour faciliter son travail, consommait des stimulants et, notamment, de la benzédrine, à la dose de 30 milligr. par jour. Ce médicament avait été ainsi pris pendant trois semaines au cours desquelles le jeune homme s'était senti bien quoique le sommeil ait été mauvais. L'examen physique ne révéla aucune anomalie, sauf une pression (145-80) un peu élevée pour l'âge. Il fut conseillé au malade de cesser la benzédrine et tous les symptômes disparurent. Au bout de quinze jours, en particulier, la pression maxima était tombée à 125 mm.

M. donne également l'observation de deux autres cas dans lesquels des étudiants prirent de la benzédrine pendant qu'ils se préparaient à passer un examen.

Aux Etats-Unis, d'ailleurs, l'emploi de cette drogue se répand, si bien que la presse a été amenée à mettre en garde contre les « pep pills » à base de sulfate de benzédrine.

M. s'est livré sur lui-même à des recherches en vue d'apprécier les effets du médicament. Il a pris pour cela, au cours d'une journée, 3 comprimés de benzédrine. Le résultat fut que, pendant cette journée, il fut gêné, eut le sang à la tête, de la céphalée, des bouffées de chaleur et des battements de cœur. Il avait, par ailleurs, le sentiment d'être plus éveillé que d'habitude et, cependant, il se sentait plus fatigué et n'éprouvait pas le besoin de travailler. En somme, ce médicament ne doit pas être pris par les étudiants.

P.-E. MORHARDT.

A. Klarenbeek. ***Protection de la peau contre l'ypérite par des préparations de cellulose*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. **81**, n° 50, 11 Décembre 1937, p. 5905-5907). — Les méthodes conseillées un peu partout contre l'ypérite n'ont qu'une assez faible valeur protectrice. Beaucoup d'entre elles exigent des dispositifs techniques de réalisation difficile. Le fait que ce gaz est chimiquement et physiquement indifférent à l'égard de la glycérine a conduit à étudier les préparations de cellulose rendues transparentes par la glycérine. D'ailleurs, remarque K., en France et au Japon, on a essayé déjà de se servir de cellophane.

Il a été procédé ainsi à des recherches destinées à préciser la manière dont l'ypérite traverse une couche de cellophane. Etant donné les grandes variations de sensibilité observées à l'égard de ce gaz, il a fallu choisir des sujets particulièrement sensibles. Les expériences ont consisté à mettre la cellophane en contact par une de ses faces avec l'ypérite. Ensuite, la cellophane était appliquée sur la peau, soit par la face qui avait été directement en contact avec le toxique, soit par l'autre. Le contact direct avec la face imprégnée a déterminé une réaction au bout de deux heures. Le contact avec l'autre face n'en a déterminé qu'au bout de vingt-quatre heures, même quand la cellophane était relativement mince.

Il semble donc que ce produit ne soit que très difficilement perméable pour le toxique. Des recherches ultérieures ont montré que d'autres échantillons ne présentaient pas à cet égard des propriétés aussi marquées que ceux qui ont été utilisés en premier lieu. Le mode de fabrication doit donc intervenir. Avant d'employer la cellophane pour protéger la peau humaine, des aliments ou des vêtements, il faut donc en déterminer l'imperméabilité. P.-E. MORHARDT.

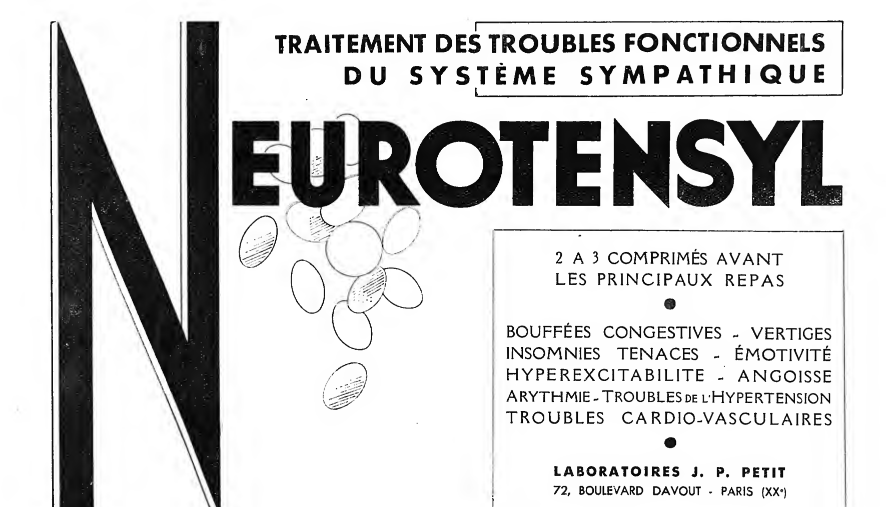
S. Van Creveld et **H. M. Van der Linde.** ***Cardiomégalie glycogénique circonscrite*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. **81**, n° 51, 18 Décembre 1937, p. 6000-6005). — J. C. Pompe a été le premier à signaler des hypertrophies du cœur par accumulation de glycogène dans le myocarde. Ces constatations ont été confirmées à plusieurs reprises, notamment dans des cas d'hypertrophie dite idiopathique. D'ailleurs, dans ces prétendues hypertrophies idiopathiques, des lésions analogues à ce qui se rencontre dans la cardiomégalie glycogénique ont été observées. Comme C. et L. le rappellent, G. J. Carrington et E. B. Krumbhaar ont décrit en 1924 le cas d'une fillette de 10 mois présentant un cœur très augmenté de volume et une rate palpable; dans ce cas, on trouva que l'artère coronaire gauche avait une origine anormale (artère pulmonaire). L. E. Finkelstein a décrit 1 cas analogue.

L'observation de C. et L. concerne un nourrisson de 5 mois qui présentait une respiration fréquente et superficielle mais pas de cyanose, du tirage inspiratoire, un cœur très augmenté de volume avec faible souffle systolique au niveau de la pointe et de l'épigastre; la rate n'était pas palpable mais le foie dépassait le rebord costal de 3 doigts; les extrémités étaient œdématiées. Dans l'urine, on trouvait de l'albumine et quelques érythrocytes. Bien qu'une lésion cardiaque ne puisse pas être exclue, on procéda à des recherches en vue de savoir s'il ne s'agissait pas d'une glycogénose. Mais dans le sang le sucre était normal et on ne trouvait d'acétone ni dans l'urine, ni dans le sang. Cependant, le glycogène du sang était augmenté (34,5 milligr. pour 100 cmc) et l'injection de 0,25 milligr. d'adrénaline faisait monter la glycémie de 0,75 à 1,05 pour 1.000; d'ailleurs l'état de l'enfant s'aggrava rapidement et la mort survint.

A l'autopsie on constata une hypertrophie considérable du cœur avec persistance du trou ovale, dilatation des artères pulmonaires et phénomènes de stase dans les poumons et dans les reins. A l'examen histologique, on constata en outre, au niveau du myocarde, des productions à siège principalement subendocardique, où les fibres musculaires présentaient les caractères de la dégénérescence glycogénique : grosses fibres allongées et épaisses à protoplasma clair, vacuolaire et à limites nettes avec noyaux centraux ou aplatis contre le sarcolemme. Dans quelques-unes de ces fibres, on constatait des gouttelettes de glycogène typiques, finement granuleuses. En outre, on rencontrait dans le myocarde des plaques nécrotiques et des fibres présentant de la dégénérescence grasse. Le foie également contenait des amas typiques de glycogène.

Des phénomènes de ce genre, mais moins marqués, ont été également observés en cas de développement important du système de conduction. De même, la persistance des états embryonnaires est notée dans les cas comme celui de J. C. Pompe, de sorte que le terme de dégénérescence glycogénique n'est pas très exact : il y aurait en pareille circonstance persistance anormale d'un état, en somme, normal, persistance qui pourrait être en rapport avec un trouble circulatoire. Ainsi, l'accumulation circonscrite de glycogène, constatée dans cette observation, doit plutôt être considérée comme l'expression d'une certaine phase de développement du myocarde, alors que l'accumulation diffuse du glycogène serait l'expression d'un trouble du métabolisme.

P.-E. MORHARDT.


TRAITEMENT DES TROUBLES FONCTIONNELS
DU SYSTÈME SYMPATHIQUE
NEUROTENSYL
2 A 3 COMPRIMÉS AVANT
LES PRINCIPAUX REPAS
BOUFFÉES CONGESTIVES - VERTIGES
INSOMNIES TENACES - ÉMOTIVITÉ
HYPEREXCITABILITE - ANGOISSE
ARYTHMIE - TROUBLES DE L'HYPERTENSION
TROUBLES CARDIO-VASCULAIRES
LABORATOIRES J. P. PETIT
72, BOULEVARD DAVOUT - PARIS (XXe)

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAL DE RADIOLOGIE ET D'ÉLECTROLOGIE (Paris)

E. Lazeanu. ***Le diagnostic radiologique des lésions de l'artère pulmonaire*** (*Journal de Radiologie et d'Electrologie*, t. **22**, nº 2, Février 1938, p 49-59). — Bien que de date relativement récente, l'étude clinique, et surtout radiologique, des lésions de l'artère pulmonaire est tout aussi intéressante et importante au point de vue pratique que celle des aortites. L., après avoir rappelé que pendant longtemps ces lésions ont constitué surtout des découvertes d'autopsie, expose rapidement l'historique de la question, depuis les premières notions radiologiques dues à Bordet jusqu'aux plus récents procédés d'examen, notamment la kymographie.

Il s'agit là, d'ailleurs, de lésions plus fréquentes que l'on ne pense, pouvant être *primitives* (constituant une affection cardio-vasculaire peu connue jusqu'à présent), ou *secondaires* à une cardiopathie ou à une affection pulmonaire chronique; leur diagnostic est important tant au point de vue de la clinique que du pronostic.

Radiologiquement ces lésions se traduisent par la dilatation du vaisseau, son hyperpulsatilité et son opacité; dues, soit à une altération des parois, soit à une hypertension dans le domaine de l'artère pulmonaire, il faut les considérer tant au point de vue lésionnel que fonctionnel.

L. passe en revue les principales lésions: *L'athérome primitif* qui peut être isolé ou associé à des lésions de l'aorte.

L'anévrysme, relativement rare.

L'insuffisance, caractérisée surtout par une proéminence de l'arc moyen à sa partie supérieure et de l'hyperpulsatilité à ce niveau que met bien en évidence la kymographie.

La sténose qui, congénitale, est rare et grave, ne permettant pas une longue survie, bien que l'on puisse en relever quelques cas observés sur des adultes. Elle se caractérise par une hypertrophie du ventricule droit (cœur en sabot), la dilatation du vaisseau dans 80 p. 100 des cas (signe de Cavina), éventuellement la dilatation de l'infundibulum (noter que la dilatation du vaisseau ne se produit pas dans les cas où la sténose intéresse une grande partie du tronc).

L'association de la communication interventriculaire et de la sténose congénitale de l'artère pulmonaire, où, en l'absence de cyanose, l'examen radiologique prend une importance capitale en montrant la dilatation de l'artère pulmonaire.

L. étudie également les altérations de l'artère pulmonaire au cours de diverses affections; *dans la sténose mitrale* où il peut s'agir de sclérose, ou d'insuffisance fonctionnelle; dans les cas de *persistance du canal artériel*, où les signes sont inconstants; *dans les anévrysmes artério-veineux; dans l'insuffisance cardiaque; chez les hypertendus; au cours des affections pulmonaires chroniques* où la sclérose du vaisseau, survenant lentement et insidieusement, n'est pas rare.

L., en résumant de nombreuses observations personnelles, montre que c'est à la collaboration étroite de la radiologie et de la clinique que l'on doit l'existence de ce nouveau chapitre de pathologie cardio-vasculaire.

Morel Kahn.

REVUE D'IMMUNOLOGIE (Paris)

G. Ramon. ***Essais sur l'immunité antitoxique. Les facteurs adjuvants et leur intervention dans la résistance non spécifique à l'intoxication et dans l'augmentation de l'immunité spécifique*** (*Revue d'Immunologie*, t. **4**, nº 1, 1938, p. 5-23). — Le rôle joué par les phénomènes non spécifiques dans l'établissement de l'immunité a été étudié par R. et ses collaborateurs, au cours d'une série de mémoires dont il est actuellement possible de tirer des notions nouvelles et solidement établies. On peut accroître la résistance non spécifique à l'intoxication et la valeur de l'immunité antitoxique spécifique, soit en ajoutant à la substance antigène certains corps tels que le tapioca, la gélose, l'alun ou en l'y incorporant comme dans la lanoline, soit en recourant à l'« immunité concentrée » qui consiste à injecter de nombreuses fois en un même endroit de l'organisme des doses fractionnées d'antigène. Par ce procédé on provoque des phénomènes inflammatoires particulièrement intenses, ce qui permet, par exemple avec la toxine tétanique, d'injecter à un lapin, sans le tuer, une dose totale plusieurs fois mortelle pour les témoins injectés en même temps, mais en des endroits différents.

Dans ces expériences, les facteurs adjuvants ne modifient pas l'antigène : si c'est une toxine, sa toxicité n'est ni diminuée, ni abolie, et si c'est une anatoxine, son pouvoir immunisant intrinsèque n'est pas augmenté. Leur action porte sur l'organisme : les phénomènes réactionnels déclanchés au point d'injection permettent une diffusion graduelle de la substance injectée ainsi que sa meilleure neutralisation en tant que toxine et sa meilleure utilisation en tant qu'antigène. La résistance de l'organisme contre les toxines peut atteindre des centaines de fois celle que l'on aurait obtenue sans facteurs adjuvants et elle s'accompagne d'une immunité antitoxique plus précoce et considérablement plus élevée. L'intervention de ces facteurs agit donc comme si elle grossissait et amplifiait les phénomènes qui sont à la base de la résistance spécifique, ce qui permet à la fois d'en tirer parti et d'en poursuivre plus facilement l'étude.

J. Bretey.

REVUE FRANÇAISE DE PEDIATRIE (Strasbourg)

E. Lesné et **A. Saenz** (Paris). ***Rôle du bacille bovin dans l'étiologie de la méningite tuberculeuse de l'enfant*** (*Revue française de pédiatrie*, t. **13**, nº 5, 1937, p. 457-479). — Des recherches poursuivies de 1932 à 1937 ont permis à L. et S. d'étudier 155 cas de méningites chez des enfants allergiques n'ayant pas été vaccinés au BCG à leur naissance. Sur ce nombre, 11 cas sont à éliminer comme attribuables à des méningites lymphocytaires ou séreuses curables.

L'ensemencement direct sur milieu de Lowenstein des 144 autres liquides céphalo-rachidiens a fourni constamment une culture de bacilles de Koch. Parmi ces 144 cultures, 135 étaient d'origine humaine et 9 d'origine bovine.

L'inoculation intraveineuse des 9 souches de bacilles bovins au lapin (1/100° à 1/1000° de mg.) a confirmé le diagnostic posé d'après les caractères culturaux : tous ces animaux sont morts de granulie généralisée entre cinquante-cinq et soixante et un jours. Ces bacilles ont été très virulents pour le veau.

L. et S. ont constaté que pas plus les méningites que les autres localisations du bacille bovin ne présentent de caractère anatomique ou clinique différentiel.

Au point de vue des conditions étiologiques, les points essentiels qui se dégagent des recherches des auteurs sont les suivants :

Les enfants frappés par le bacille bovin ont entre 1 an 1/2 et 6 ans, tandis que l'âge des enfants porteurs de bacilles humains s'étend jusqu'à 15 ans. La presque totalité des enfants contaminés par des bacilles bovins ont été élevés à la campagne ou y ont séjourné pendant longtemps. La notion de contamination familiale manque chez la plupart d'entre eux. Enfin dans tous les cas de méningite à bacille bovin, la source de contamination a été l'ingestion de lait cru de vache pendant une période prolongée.

D'après ces résultats, tout enfant atteint de méningite tuberculeuse, âgé de moins de 5 ans, élevé à la campagne, et nourri au lait cru de vache, est suspect d'héberger le bacille bovin. L'ensemencement direct sur milieu de Lowenstein du liquide céphalo-rachidien s'impose à l'avenir, pour établir le pourcentage exact des cas de méningite tuberculeuse qui relèvent d'une contamination par ce germe.

Les recherches de L. et S. montrent que le rôle du bacille bovin en France dans l'étiologie de la méningite tuberculeuse est minime, si l'on compare avec les statistiques de l'Angleterre et du Danemark (30 à 42 pour 100). Cependant le facteur étiologique n'est pas négligeable et nécessite des mesures prophylactiques : élimination du bétail tuberculeux, interdiction de donner aux enfants du lait cru, pasteurisation du lait bien faite et strictement contrôlée.

Le danger de la tuberculose à bacille bovin est une des raisons qui justifient le contrôle sanitaire officiel obligatoire du lait, réclamé en France avec insistance, depuis longtemps déjà, par les médecins, les hygiénistes et les vétérinaires.

G. Schreiber.

F. Stirnimann (Lucerne). ***Les réactions du nouveau-né contre l'enchaînement*** (*Revue française de pédiatrie*, t. **13**, nº 5, 1937, p. 496-502). — La plupart des mouvements du nouveau-né, dont le but est facile à reconnaître, sont causés par l'impulsion vers la nourriture. Cependant on peut observer chez lui d'autres mouvements qui répondent à un besoin dont le but biologique n'est pas immédiat et n'est pas en relation avec l'allaitement.

Pour empêcher les nouveau-nés de se blesser, S. leur fait mettre, aussitôt après la naissance, des moufles fixés par des rubans. Quoique ces moufles soient attachés avec beaucoup de soin, certains bébés réussissent à s'en débarrasser, après une série de mouvements, souvent interrompus. S. qualifie ces mouvements de « réaction de déchaînement ». Sur 150 nouveau-nés, observés spécialement à cet égard, S. en a vu 23 présenter le mouvements. 3 d'entre eux ont enlevé le gant une demi-heure après la naissance. Donc cette réactivité peut exister à la naissance. Sur les 23 enfants, 16 étaient des filles et 7 des garçons.

La réaction de déchaînement n'existe jamais chez les enfants calmes, du type musculaire. Elle

est surtout accentuée chez les enfants nerveux. Elle n'est pas nécessairement provoquée par la faim, mais cette dernière produit un état de réactivité plus accentuée.

La réaction de déchaînement s'effectue sans le contrôle des yeux. D'ailleurs les nourrissons ne suivent les mouvements de leurs doigts qu'à partir du premier ou du deuxième mois. C'est ce qui fait penser à un mouvement instinctif. Selon S. cette réaction contre l'enchaînement prouve que le besoin de liberté existe déjà chez le nouveau-né et que sa dignité biologique vient immédiatement après l'impulsion vers la nourriture.

G. Schreiber.

LE SANG
(Paris)

Loeper, Mme Lœwe-Lion et **A. Netter.** ***Les télangiectasies éruptives des hépatiques*** (*Le Sang*, t. **11**, n° 7, 1937, p. 677-688). — Les angiectasies ou étoiles vasculaires des cirrhotiques sont un témoin de la fragilité des petits vaisseaux chez ces malades. Localisées surtout à la partie supérieure du corps, elles peuvent être animées de battements. Elles peuvent apparaître brusquement, d'une façon *éruptive*. Elles ont un intérêt à la fois diagnostique et pronostique, car leurs variations suivent les phases de l'évolution du processus hépatique. Elles ne paraissent pas être conditionnées par la nature de la cirrhose. Parmi les multiples facteurs pathogéniques des hémorragies chez les hépatiques, que L., Mme L.-L. et N. passent rapidement en revue, les télangiectasies semblent plaider en faveur d'une atteinte des vaisseaux eux-mêmes.

Les unes se caractérisent par une altération des parois vasculaires et un éclatement des capillaires, les autres présentent un processus hypertrophique, avec capillaires néo-formés, qui peuvent s'entourer d'une couche fibreuse. Ces transformations pourraient être dues à une irritation du système réticulo-endothélial.

L. et ses collaborateurs ont étudié chez ces sujets l'index tyramine; on sait que cette substance possède un rôle angiotoxique, tout particulièrement sur les vaisseaux périphériques. Ils l'ont trouvée à un taux toujours élevé et émettent l'hypothèse d'une action toxique de la tyramine. Peut-être conviendrait-il d'incriminer aussi la « carence ascorbique ». Celle-ci pourrait entraîner une déficience des parois capillaires, tandis que celle-là conditionnerait la néoformation hypertrophique par irritation. L'existence de ces angiectasies cutanées fait penser que des lésions analogues peuvent, dans les viscères, être le point de départ des hémorragies des cirrhotiques.

A. Escalier.

P. Emile-Weil. ***Le terrain morbide dans le Biermer et les états d'aplasie médullaire*** (*Le Sang*, t. **11**, n° 8, 1937, p. 783-793). — Il existe un véritable terrain hématique, sur lequel évoluent les anémies hyperchromes, et spécialement l'anémie de Biermer. Il en est de même dans les aplasies médullaires, les aleucies hémorragiques. Ce terrain peut être familial, héréditaire ou acquis. De nombreux auteurs ont décrit des anémies pernicieuses familiales, qui peuvent être dues à des causes multiples, que vient favoriser un état de moindre résistance de la moelle osseuse. Cette meiopragie médullaire est souvent le fait d'une hérédo-syphilis, ou encore peut-être d'une déficience endocrinienne. La moelle osseuse peut aussi être atteinte dans sa valeur fonctionnelle, par de nombreuses causes acquises, au cours de la vie du sujet, maladies infectieuses, intoxications professionnelles ou médicamenteuses, anémie chronique entraînant un surmenage hématopoïétique, comme, par exemple, chez certaines hémogéniques, à règles abondantes.

E.-W. souligne aussi l'importance considérable de troubles digestifs constitutionnels et rappelle les hypothèses qui ont été émises au sujet du facteur anti-pernicieux gastrique. Les causes déclenchantes, intoxication ou parasitisme, agissant de préférence chez les sujets présentant des troubles gastriques latents. Mais cependant, même après guérison thérapeutique, il n'y a pas réapparition de la sécrétion acide gastrique. Les mêmes constatations sont valables pour les aleucies.

A. Escalier.

J. Mallarmé. ***Le myélogramme normal et pathologique*** (*Le Sang*, t. **11**, n° 8, 1937, p. 804-832). — Dans cet important article, enrichi de nombreuses figures et de planches, M. étudie la ponction sternale et les myélogrammes que l'on en peut obtenir. Il passe en revue avec soin et nombreux détails: la technique de la ponction sternale elle-même; la technique du myélogramme: étalement sur lames et lecture de ce myélogramme. Après avoir donné les caractères du myélogramme normal, il distingue et présente les aspects variés que peut revêtir le myélogramme dans les diverses affections du sang: anémie et polyglobulies; leucémies et aplasies, enfin, tumeurs et maladie de Hodgkin.

Excellent article, de lecture très profitable.

A. Escalier.

P. Chevallier et **F. Moutier.** ***La gastroscopie dans les maladies du sang*** (*Le Sang*, t. **11**, n° 9, 1937, p. 935-969). — La gastroscopie est venue apporter à l'étude des anémies et des affections du sang des renseignements nouveaux, extrêmement utiles. C. et M. les passent en revue dans un mémoire copieux, accompagné de plusieurs planches et d'une bibliographie importante. Ils se sont efforcés de différencier les images gastroscopiques et les lésions gastriques en rapport avec les diverses formes d'anémies. Les altérations sont, à leurs yeux, assez nettement individualisées pour permettre d'orienter le diagnostic de la lésion sanguine.

Après avoir rappelé les caractères de l'atrophie gastrique, ils décrivent les principaux aspects, les uns encore peu connus ou mal précisés, comme dans les anémies aplasiques pures, l'anémie maligne intermédiaire. Les autres peuvent être considérés comme caractéristiques. C'est le cas de la gastrite atrophique en aires nacrées que l'on trouve systématiquement dans la maladie de Biermer. La gastroscopie permet d'étudier ces plaques nacrées, d'en préciser les caractères, de les différencier d'autres images analogues, et, fait intéressant, de constater leur guérison progressive au cours de l'amélioration de l'anémie par l'hépatothérapie. On peut même retrouver parfois un aspect entièrement normal de la muqueuse. Par contre, la persistance des plaques atrophiques doit faire craindre la récidive. On voit ainsi que la gastroscopie donne non seulement des résultats d'ordre diagnostique, mais aussi d'ordre pronostique, et par suite peut aider à fixer la thérapeutique. Quand l'anémie hyperchrome évolue vers un type hypochrome, la gastrite atrophique intense généralisée avec plaques nacrées passe à l'état de gastrite atrophique diffuse, telle qu'on la rencontre dans la chlorose.

Ici dans l'anémie hypochrome essentielle, on observe divers degrés d'atrophie gastrique diffuse mais qui ne paraissent pas en rapport avec la gravité de l'anémie. On peut suivre au gastroscope l'amélioration des lésions par la thérapeutique martiale.

Les auteurs étudient en outre les aspects inhabituels dans l'anémie de Biermer, et la chlorose, les résultats de la gastroscopie au cours des métanémies (maladies anémiantes sans atteinte sanguine décelable). Une seconde partie est consacrée aux aspects gastriques des anémies accompagnées et des diverses anémies secondaires. La gastroscopie a permis aux auteurs de décrire un purpura gastrique essentiel, dont ils ont donné les caractéristiques principales.

Il découle de ces recherches que l'estomac est atteint comme la moelle osseuse et le sang au cours des affections sanguines. On saisit ainsi combien l'étude de cet organe est importante et quels renseignements précieux elle vient apporter qui permettront de compléter nos connaissances en pathologie sanguine.

A. Escalier.

G. Alexeieff. ***La moelle osseuse des brightiques. (Contribution à l'étude de l'hématopoïèse et définition de l'azote non protéique dans la moelle osseuse des brightiques.)*** [*Le Sang*, t. **11**, n° 9, 1937, p. 970-995]. — A. donne une série d'observations cliniques chez des brightiques, au cours desquelles il a étudié les altérations de la moelle osseuse au point de vue biologique et chimique. Il a recherché particulièrement le taux de l'azote non proétique médullaire et son rapport avec celui de l'azote non protéique du sang. Il apporte ensuite des expériences sur le chien, avec urémie artificielle. De ses recherches il conclut: que l'anémie des brightiques est due à l'intoxication de la moelle osseuse par les produits azotés; cette anémie est en rapport non avec le degré mais avec la durée de l'hyperazotémie.

C'est une anémie par anhématopoïèse. La leucocytose est due à une régénération myéloïde. Les plaquettes et les mégacaryocytes ne paraissent pas influencer notablement.

Le taux de l'azote non protéique dans le sang et la moelle osseuse est à peu près parallèle, celle-ci ne se comportant pas comme un réservoir de produits azotés non protéiques.

Dans l'intoxication par le sublimé, il existe une augmentation considérable de l'azote non protéique médullaire. Ce fait pourrait s'expliquer par une irritation locale du toxique, provoquant une stimulation du métabolisme azoté dans la moelle osseuse.

A. Escalier.

E. Filo. ***Contribution à la question des agranulocytoses du pyramidon*** (*Le Sang*, t. **11**, n° 9, 1937, p. 996-1011). — Les agranulocytoses par le pyramidon sont classiques et des cas en ont été bien souvent rapportés. F. juge qu'elles sont, en réalité, beaucoup plus rares qu'on ne le pense, quand on prend soin de critiquer sérieusement les observations présentées. Les manifestations d'idiosyncrasie telles que l'exanthème du pyramidon, comme le montre un cas de F., la réaction intradermique, comme l'ont prouvé des expériences de contrôle, ne sont pas forcément en rapport avec la chute du nombre des leucocytes granuleux. Les faits cliniques sont parfois mal interprétés et le pyramidon incriminé à tort, alors qu'il s'agit véritablement d'affections sanguines autonomes (tumeurs, leucémies) mal élucidées.

Des expériences poursuivies sur le cobaye à doses toxiques, par ingestion et injection, ont montré surtout une diminution de l'hémoglobine et des globules rouges, anémie qui se régénère avec crise réticulocytaire et normoblastose. Le pyramidon est donc un poison hémolytique, provocateur d'une anémie curable. L'agranulocytose n'a pas pu être provoquée.

F. reste donc fidèle au pyramidon en tant que thérapeutique antithermique et antidouloureuse. Son danger lui paraît minime. Il fait toutefois des réserves, recommande une certaine prudence dans les indications, mettant au compte de ce traitement quelques erreurs de diagnostic.

A. Escalier.

MEDIZINISCHE KLINIK
(Berlin)

Frisch et **Hoff** (Vienne). ***Contribution à l'étude du tabes (lésion des jumeaux)*** [*Medizinische Klinik*, t. **33**, n° 44, 29 Octobre 1937, p. 1468-1470]. — Lors de l'examen des sujets atteints de tabes dorso-lombaire dans sa forme ataxique, F. et H.

ont été frappés par les anomalies de la marche et de la station verticale, alors que la sensibilité des extrémités inférieures semblait être beaucoup moins atteinte.

Ils ont observé principalement une diminution de la flexion de l'articulation des genoux et, au contraire, une hyper-flexion très accentuée de l'articulation tibio-tarsienne.

Ils ont constaté que ces faits étaient principalement dus à l'atteinte des jumeaux, leur contraction très diminuée avec hypotonie, phénomène se manifestant surtout lors de la flexion du genou active ou passive.

F. et H. croient que ce phénomène est dû à la diminution de la tonicité musculaire. Ces troubles semblent être un facteur important à rechercher en cas d'ataxie spinale.

GUY HAUSSER.

Urbach et **Schiller** (Vienne). ***Les connaissances actuelles relatives à l'acné juvénile*** (*Medizinische Klinik*, t. **33**, n° **51**, 17 Décembre 1937, p. 1701-1703). — U. et S. reconnaissent actuellement plusieurs causes à l'acné, qu'ils groupent en : digestive, allergique, thyroïdienne, infectieuse, toxique, médicamenteuse et enfin juvénile.

U. et S. rappellent les rapports entre les phénomènes de la puberté et l'acné. 60 pour 100 de jeunes filles et 70 pour 100 de garçons seraient atteints de cette acné. Chez les premières celle-ci serait en liaison avec une hypo-sécrétion folliculaire. Dans ces cas, le traitement par des préparations complémentaires et des excitations de la fonction ovarienne par les agents physiques (diathermie) donne les meilleurs résultats.

Dans d'autres cas où la sécrétion de prolan est insuffisante, on donnera des préparations à base d'antéhypophyse.

Si, au contraire, il y a hyper-sécrétion de prolan, une irradiation, par les rayons X, de l'hypophyse est indiquée.

U. et S. ont examiné 8 cas d'acné juvénile trouvant leur origine chacun dans des troubles glandulaires différents.

Chez les sujets présentant une hypo-sécrétion de folliculine l'administration d'injections de progynon n'a donné que des résultats passagers. L'adjonction d'extrait de corps jaune à ce traitement permet d'obtenir des résultats plus durables. Il faut noter cependant que l'on n'observe des résultats qu'au bout d'un ou deux mois de traitement.

GUY HAUSSER.

Starlinger (Vienne). ***Transfusion sanguine par goutte à goutte chez les opérés*** (*Medizinische Klinik*, t. **33**, n° **51**, 17 Décembre 1937, p. 1710-1713). — S. a constaté la fréquence des troubles circulatoires au cours des interventions chirurgicales. Il peut survenir une syncope pendant laquelle l'irrigation sanguine d'un cœur ne se fait plus. Les capillaires étant élargis deviennent un réservoir où le sang s'accumule, ne circule plus et par conséquent n'apporte plus l'oxygène nécessaire aux différentes parties de l'organisme.

Afin de remédier dans la mesure du possible à ces inconvénients, S. propose de pratiquer une transfusion systématique de sang, transfusion qui sera faite extrêmement lentement (goutte à goutte) pendant plusieurs heures et qui comportera l'administration d'une quantité approximative de 500 cmc et plus de liquide.

S. a appliqué sa méthode dans plus de 100 cas, soit au cours des interventions chirurgicales, soit en dehors des interventions mais en cas d'hémorragies abondantes du tube digestif.

Les transfusions administrées avant ou pendant l'intervention ont donné d'excellents résultats.

Les transfusions post-opératoires semblent donner des résultats plus inconstants. Cependant ceux-ci ne sont pas négligeables en cas d'infection générale et de péritonite.

Après des mélænas et des hématémèses cette méthode a donné également satisfaction.

S. ne signale aucun danger quant à la formation de thrombus et ne voit aucune contre-indication à sa méthode.

GUY HAUSSER.

Frey (Vienne). ***Effets retardés de l'insuline dans les cas de diabète sucré de l'enfance (injections de la combinaison : insuline-protamine-zinc)*** [*Medizinische Klinik*, t. **33**, n° **52**, 24 Décembre 1937, p. 1731-1735]. — On peut obtenir un effet retardé de l'insuline par plusieurs méthodes, d'abord en utilisant une suspension très fine de ce corps dans une substance qui ne permet qu'une résorption très lente; on peut également ajouter de l'adrénaline ou de l'éphédrine qui ralentisse la circulation au niveau de l'injection (dans ce cas l'injection doit être effectuée rigoureusement de manière sous-cutanée, ce qui est difficilement applicable chez l'enfant).

Depuis 1935, un nouveau composé a été utilisé, la protamine-insuline, qui a cependant réservé des mécomptes, il vient d'être perfectionné par l'adjonction de zinc.

Chaque injection de 1 cmc est dosée à 40 unités (soit le double des doses habituelles), la stabilité du produit semble assurée.

Cependant, on a pu observer après l'injection de ce produit des phénomènes d'hypoglycémie, mais alors ils surviennent beaucoup plus lentement qu'avec l'insuline ordinaire, permettant ainsi au médecin d'intervenir efficacement en temps utile.

Ce nouveau produit ne supprime pas la nécessité d'observer un régime plus ou moins strict.

Ce produit permet, en outre, de réduire le nombre des injections à pratiquer chez les enfants, ce qui n'est pas négligeable.

Dans les cas observés par F., il n'a constaté aucun trouble consécutif et l'état général s'est même amélioré notablement car il semble qu'un meilleur équilibre se produise dans l'organisme en raison de l'élimination plus lente de l'insuline.

GUY HAUSSER.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (Berlin)

K. Morikawa. ***Innervation autonome de la moelle osseuse*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **17**, n° 2, 8 Janvier 1938, p. 57-59). — La constance que présentent les éléments morphologiques du sang ne peut s'expliquer que par l'intervention d'une régulation nerveuse. Etant donné le rôle du parasympathique spinal, rôle sur lequel Ken Kuré a attiré l'attention, M. a procédé à une série d'expériences pour savoir si la moelle osseuse est, comme les vaisseaux ou le tissu graisseux, par exemple, soumise aux actions antagonistes du sympathique et du parasympathique. Les recherches ont été poursuivies sur des chiens et des chats. Chez tous les animaux sacrifiés 6 à 90 jours après extirpation du parasympathique, on a constaté des altérations plus ou moins nettes de la moelle osseuse, altérations qui étaient d'autant plus accentuées que la survie avait été plus longue: il y avait macroscopiquement réduction du volume de la moelle osseuse avec augmentation de la graisse. L'hématopoïèse avait donc diminué en même temps que le nombre des mégacaryocytes, faits qui témoignent d'une insuffisance des fonctions médullaires.

Après ablation du sympathique abdominal, il a été constaté des phénomènes inverses: augmentation du volume de la moelle osseuse et parallèlement du nombre des globules rouges ainsi que des mégacaryocytes, accompagnée de la diminution des vacuoles de graisse.

Il y a donc lieu de conclure que le sympathique inhibe les fonctions médullaires et que sa suppression, au contraire, exagère ces fonctions.

P.-E. MORHARDT.

ZENTRALBLATT für GYNAEKOLOGIE (Leipzig)

Ernst Philipp (Greifswald). ***Pyélite et pyélonéphrite au cours de la grossesse*** (*Zentralblatt für Gynäkologie*, an. **61**, n° **31**, 31 Juillet 1937, p. 1820-1840). — La question traitée par P. est importante. Il s'agit de savoir si le rein est atteint dans la pyélite des femmes enceintes, car le pronostic et le traitement sont commandés par l'intégrité ou l'altération du parenchyme rénal.

La première partie de ce travail a trait à la pyélite simple et ne contient que l'exposé de notions connues. Si avec P. on admet que dans la plupart des cas l'infection est hématogène et descendante, il est bien difficile de comprendre comment l'infection peut atteindre le bassinet et ne pas altérer le parenchyme rénal. P. se trouve conduit à admettre que le point de départ de l'infection rénale est dans le bassinet.

L'atonie de la musculature de l'uretère jouerait un rôle essentiel dans la genèse de la pyélite et P. rejette la théorie de la compression du conduit par l'utérus gravide. Pour lui, il faut faire jouer à l'hormone placentaire un rôle primordial. C'est son action qui entraînerait l'atonie de la musculature intestinale et celle de l'uretère. Une transfusion de sang de femme enceinte permettrait d'obtenir expérimentalement une dilatation de l'uretère chez des femmes non gravides. P. aurait recherché cet effet sur des malades atteintes de cancer du col, ce qui lui permit en les opérant de constater que les uretères étaient dilatés. Le fait, pour ma part, ne me paraît pas de nature à emporter la conviction.

P. soutient l'idée que la pyélite est plus fréquente dans certaines régions de l'Allemagne et attribue à la nourriture un rôle important. Il est difficile de suivre la pensée de P. en ce qui concerne les hématuries dans les pyélites. Quel rôle joue l'atteinte du rein dans ces hématuries de la grossesse ? Dire qu'il y a des inflammations bénignes, localisées du bassinet évoluant rapidement vers la guérison bien qu'elles aient présenté une hématurie, c'est méconnaître qu'il peut y avoir des néphrites hématuriques légères sans gravité. Sans doute, il existe un cas de Ottow et Pahl qui enlevèrent un rein pour hématurie chez une femme enceinte et trouvèrent que l'hémorragie venait du bassinet et que le rein était intact. Il s'agissait d'une pyélite granuleuse. Le fait est, selon moi, discutable.

Dans 4 cas, P. aurait observé des hématuries chez des femmes enceintes qui guérirent de leur pyélite par le traitement habituel.

On sait que l'infection du bassinet après l'accouchement peut rester latente pendant des années et s'exacerber à l'occasion d'une nouvelle grossesse.

L'action du prontosil qui ne traverserait pas le placenta est nulle. P. rapporte une observation intéressante: une femme de 26 ans ayant une pyélite grave et une septicémie coli-bacillaire (hémoculture positive) accouche normalement d'un enfant vivant. Pendant cinq jours l'enfant est apyrétique. A ce moment apparaît sur toute la moitié inférieure du corps un œdème gardant l'empreinte du doigt, la peau est rouge lie de vin. Fièvre. Vésicules noires nombreuses laissant suinter un liquide sanglant. Mort trois jours après. Or le placenta était normal et paraissait ne contenir aucun élément microbien. Cependant la septicémie à laquelle l'enfant succomba ne pouvait venir, selon P., que de la mère.

La seconde partie de l'article est consacrée aux pyélo-néphrites. Les plus graves frapperaient la femme enceinte entre le 5e et 7e mois. La nature

du germe infectant n'aurait pas de valeur spéciale car P. a vu des pyélonéphrites dues à des infections associées et même streptococciques guérir. Suivent 4 observations de pyélonéphrite très grave dans lesquelles le traitement médical a échoué. Les signes qui permettent selon P. d'affirmer la participation rénale sont :

1° L'échec du cathétérisme urétéral;

2° La présence dans l'urine de nombreux cylindres et de globules rouges;

3° Une albuminurie atteignant le taux de 1 à 3 pour 1.000.

On ne peut attendre aucune précision de l'étude de la pression sanguine. Ce qui rend particulièrement grave les pyélonéphrites de la femme enceinte, c'est qu'elles peuvent atteindre rapidement la limite dangereuse. P. étudie alors les signes qui peuvent permettre de reconnaître cette limite dangereuse. Selon lui, ni la fièvre élevée, ni les frissons, ni l'ictère, ni la présence de microbes dans le sang ne sont des indications indiscutables.

C'est le contrôle de l'élimination urinaire qui a la valeur la plus réelle. Si le taux des urines baisse, le pronostic est très grave. L'élévation du taux de l'urée dans le sang marque le développement de la toxine. Chez une femme enceinte atteinte de pyélonéphrite avec altération grave de l'état général, qui n'émet que 600 à 800 gr. d'urine par jour, malgré un important apport d'eau dans l'organisme, il faut interrompre la grossesse.

Si l'urine contient de l'hémoglobine, et surtout de la leucine et de la thyrosine, il faut rapidement procéder à l'expulsion du fœtus, car la présence de ces corps marque la grave atteinte des cellules hépatiques.

Il semble, selon P., que le rein est atteint le premier et que l'état toxique dû aux lésions hépatiques n'est que secondaire, car les toxicoses graves, au cours de la grossesse sans lésions urinaires, se voient en général dans les premiers mois.

Cette partie de l'article est un peu confuse.

Lorsqu'il existe une pyélo-néphrite et qu'apparaissent les premiers signes toxiques, que faut-il faire ?

Il ne faut pas, selon P., agir sur le rein. On doit interrompre aussitôt la grossesse. Si l'enfant est viable, on peut tenter une césarienne.

En conclusion, si, comme le dit Stoeckel, en cas de pyélite, il faut se garder d'arrêter la grossesse, P. pense, que dans les pyélo-néphrites qui sont heureusement rares, il faut agir dès que la quantité d'urine diminue, dès que des signes toxiques, ictère ou vomissements, apparaissent, dès que le foie est douloureux à la palpation et qu'on trouve dans l'urine de la leucine et de la thyrosine; le devoir est de sacrifier l'enfant pour sauver la mère.

Desmarest.

F. von Mikulicz-Radecki (Königsberg). ***Cathétérisme prolongé des uretères et traitement de la pyélite*** (*Zentralblatt für Gynäkologie*, an. **61**, n° 31, 31 Juillet 1937, p. 1841-1848). — M.-R. préconise le traitement des pyélites graves, en particulier dans les derniers mois de la grossesse, par le drainage du bassinet à l'aide d'une sonde urétérale laissée en place. Aux cathétérismes successifs, M.-R. préfère le cathétérisme prolongé.

Chez une malade, la sonde fut laissée en place pendant dix-huit jours, mais il faut que la sonde franchisse le collet de l'uretère et soit exactement dans le bassinet. La pyélographie permet de s'en assurer. Si la sonde reste dans l'uretère, elle risque d'être à peu près certainement chassée par les contractions de l'organe. M.-R. rapporte une très intéressante observation de guérison chez une femme au 8e mois de sa grossesse qui avait, à gauche, un rein ne fonctionnant plus et, à droite, une élimination diminuée du fait d'une pyélite bilatérale grave. Malgré la toxicose caractérisée par des vomissements et par l'imprégnation des pigments biliaires, l'enfant vint avant terme, mais vivant.

Pour les cathétérismes prolongés, M.-R. préconise l'emploi des sondes urétérales spéciales, épaisses, en caoutchouc mou, dont Pflaumer fait usage. Cette sonde, à bout cylindro-conique arrondi, permet de ne pas blesser l'uretère. Elle a l'avantage de se boucher rarement et d'être facile à déboucher. Elle résiste au péristaltisme urétéral et ne lèse pas la paroi du conduit.

Desmarest.

P. Caffier (Berlin). ***L'irradiation de la rate dans les hémorragies gynécologiques*** (*Zentralblatt für Gynäkologie*, an. **61**, n° 32, 7 Août 1937, p. 1874-1876). — Il faut retenir de l'étude de C. que l'irradiation de la rate, dans certaines hémorragies juvéniles, peut non seulement tarir l'écoulement sanguin, mais régulariser la fonction menstruelle. Sur 12 cas, C. compte 5 résultats excellents et 4 améliorations passagères.

Dans 10 cas de fibromes utérins, lorsque l'acte opératoire était contre-indiqué, ou que les fibromes étaient de petit volume, C. fit irradier la rate et obtint des résultats encourageants.

Le procédé simple et sans danger est à retenir.

Desmarest.

L. Kraul (Vienne). — ***La résection du plexus hypogastrique supérieur par le procédé de G. Cotte dans les affections génitales inflammatoires chroniques*** (*Zentralblatt für Gynäkologie*, an. **61**, n° 38, 18 Septembre 1937, p. 2218-2221). — K. recommande la résection du plexus hypogastrique supérieur, telle que la pratique Cotte, dans les cas d'affections génitales inflammatoires chroniques, lorsqu'on veut ou éviter d'enlever l'utérus et les annexes d'une femme trop jeune ou lorsque la malade, atteinte de tuberculose génitale, est trop fatiguée pour supporter une exérèse, toujours très grave dans ces cas. Cette opération simple et rapide — K. y joint la section du ligament infundibulo-pelvien — supprime les douleurs pelviennes et permet aux malades de reprendre une vie active. 6 observations rapportées par K. en sont la démonstration évidente.

Desmarest.

Rolf Hansen (Rostock). ***Physiologie de l'estomac au cours de la grossesse*** (*Zentralblatt für Gynäkologie*, an. **61**, n° 40, 2 Octobre 1937, p. 2306-2314). — Depuis les expériences de Kehrer, la liaison nerveuse entre le tractus gastro-intestinal et l'utérus a été établie et au cours de la grossesse on est appelé le plus souvent à la constater. Il y a plus, car à la fin de la grossesse, l'utérus gravide modifie la situation de l'estomac qu'il déplace vers le haut et vers la droite comme le montre l'étude radiographique de ce dernier. Il en résulterait, d'après H., une hypotonie du muscle gastrique, donc une évacuation plus lente de son contenu, de là les brûlures et aigreurs dont se plaignent fréquemment les femmes. Cette hypotonie serait plus précoce et plus prononcée chez les hypo-acides. Joignons à cela les influences sensorielles tenant à la modification de l'odorat et du goût qui tendent à inhiber la sécrétion gastrique et retentissent sur la fonction chimique de l'estomac. Il y aurait de ce fait des modifications de la muqueuse gastrique.

Chez la moitié des femmes enceintes, il existe une acidité normale; chez un quart, de l'hypo-acidité, le dernier quart présente une acidité gastrique normale mais ces modifications n'exercent aucune influence sur le sang — le taux d'hémoglobine reste normal chez les hypo-acides — et les anémies vraies, au cours de la grossesse, sont très rares, car le temps de la gestation est trop court pour épuiser les réserves de fer contenues dans l'organisme. Cette conclusion va à l'encontre de l'opinion de Strauss et de Castle.

Desmarest.

H. Ohligmacher (Hambourg-Eppendorf). ***La signification de la cétonurie au cours des vomissements incoercibles de la grossesse*** (*Zentralblatt für Gynäkologie*, an. **61**, n° 40, 2 Octobre 1937, p. 2318-2324). — Conclusions de l'article de O. :

1° Chez presque toutes les femmes, au début de leur grossesse, tendance à la cétonurie;

2° La constatation de la cétonurie prouve que l'apport d'hydrates de carbone dans l'organisme est insuffisant, surtout en cas de vomissements incoercibles, d'où la nécessité de doser quotidiennement les corps cétoniques dans l'urine et de rendre à la femme du sérum sucré par injection intraveineuse (goutte à goutte) qui fait disparaître la cétonurie ;

3° La recherche quotidienne des corps cétoniques dans l'urine n'a pas de valeur pour indiquer si la grossesse doit ou non être interrompue.

Desmarest.

Fr. Hoffmann (Dusseldorf). ***Traitement de l'incontinence vésicale par l'hormone folliculaire*** (*Zentralblatt für Gynäkologie*, an. **61**, n° 44, 30 Octobre 1937, p. 2545-2548). — Un certain nombre d'expérimentateurs, en particulier Lacassagne en France, Burrows, Kaufmann, Murray et Steinkamm à l'étranger, ont observé que si l'on administre de fortes doses de folliculine, on obtient une stagnation importante d'urine dans la vessie et une dilatation des uretères allant jusqu'à l'apparition d'une hydronéphrose. Il semble *a priori* difficile de déduire de ces faits, comme l'écrit H., que l'hormone folliculaire augmente le tonus du muscle vésical et que, à la ménopause, l'incontinence d'urine observée serait due à une diminution de l'hormone folliculaire. Il y a contradiction entre ces deux propositions, d'autant plus qu'on a toujours considéré que la quantité de folliculine augmentait à l'époque de la ménopause.

Partant de cette conclusion qu'il existe une relation entre la déficience de l'hormone folliculaire et l'incontinence d'urine chez les ménopausées, H. a traité 4 femmes ménopausées. A toutes, il a injecté deux fois par semaine 50.000 U. R. pendant quinze jours. Chez toutes, il a obtenu un résultat satisfaisant puisque les femmes pouvaient garder leurs urines en travaillant et pendant le sommeil.

Chez toutes, la cessation du traitement entraînait la réapparition de l'incontinence. Avec une dose d'entretien de 20.000 U. R. seulement faite deux fois par semaine, l'amélioration était nette.

Mais les malades furent suivies pendant un laps de temps trop court pour qu'on puisse aller au delà de cette conclusion, que les doses élevées de folliculine arrêtent l'incontinence. On ne saurait affirmer que le résultat se maintiendrait si on continuait le traitement.

Dans un cas, chez une fillette de 12 ans épispade, à qui l'on avait fait une plastie sphinctérienne sans succès, les injections de 50.000 U. R. faites deux fois par semaine donnèrent la même continence transitoire. Comme il eût fallu donner à cette enfant des doses trop élevées de folliculine, H. arrêta le traitement. Il obtint pendant et après les injections de folliculine quelques pertes de sang. L'augmentation de volume des seins fut, par contre, insignifiante.

Desmarest.

G. Effkemann (Düsseldorf). ***Traitement hormonal de la lactation insuffisante chez la femme*** (*Zentralblatt für Gynäkologie*, an. **61**, n° 47, 20 Novembre 1937, p. 2686-2693). — Il est intéressant d'essayer, chez les femmes paraissant inaptes à fournir une quantité normale de lait, d'activer dès le 8e mois de la grossesse la fonction mammaire. Peut-on, par avance, établir une discrimination entre les femmes qui seront de bonnes nourrices et celles qui fourniront du lait en quantité insuffi-

santé ? E. se base sur l'accroissement de la glande pendant la grossesse, sur le poids et la fermeté des seins, sur l'existence d'une rétraction du mamelon.

Ayant ainsi établi la valeur probable de la fonction mammaire, E. pour l'activer a donné aux femmes qu'il juge moins aptes à être de bonnes nourrices, pendant tout le 9e mois de la grossesse, 50.000 unités internationales d'hormone folliculaire et 5 milligr. de progesteron, par voie intramusculaire.

En deux mois il injecte 60 milligr. de benzoate d'oestradiol et 50 milligr. de progesteron. Cette combinaison hormonale, folliculine et corps jaune, favoriserait la lactation.

Ayant chez d'autres femmes injecté 50 milligr. de benzoate d'oestradiol et 25 milligr. seulement de progesteron, E. a obtenu des résultats moins satisfaisants.

Le prolan injecté tous les trois jours pendant les deux derniers mois de la grossesse n'agit pas sur la sécrétion lactée. Il en est de même quand on injecte 5 milligr. de progesteron tous les trois jours pendant le dernier mois.

E. recommande donc l'injection combinée de 50 à 60 milligr. de folliculine et de 25 à 50 milligr. de progesteron pour obtenir une lactation suffisante.

DESMAREST.

Paul Straszmann (Berlin). ***Accouchement après transplantation de la trompe par voie vaginale pour reconstituer la cavité utérine*** (*Zentralblatt für Gynäkologie*, an. **61**, n° 51, 18 Décembre 1937, p. 2894-2900). — En 1935, paraissait dans le *Zentralblatt für Gynäkologie* un article de Nuernberger de Halle sur le traitement opératoire de l'oblitération complète de la cavité utérine après curettage.

En analysant cet article pour le *Journal de Chirurgie*, je m'étonnais des succès constants obtenus tant par la greffe tubaire que par celle de fragments de muqueuse utérine.

Le cas de S. est une démonstration éclatante de la valeur de la greffe tubaire dans les cas d'oblitération de la cavité utérine, puisque la jeune femme, âgée de 21 ans, chez qui cette opération avait été faite en Mai 1933, retrouvait ses règles quarante-trois jours après et était réglée régulièrement depuis cette date pendant deux à trois jours. Le 27 Décembre 1936 cette femme était enceinte. L'enfant vint spontanément à terme. Le placenta fut rejeté une heure et demie après l'accouchement. On dut, à la main, extraire un fragment restant du volume d'une prune. Les jours suivants, un peu d'endométrite avec de la température, puis guérison.

On ne saurait fournir une meilleure démonstration de la valeur de la greffe tubaire dans les cas d'oblitération complète de la cavité utérine. Mais on reste étonné quand on lit que S. a eu l'occasion de pratiquer 6 fois cette opération et on se demande à quoi peut tenir la fréquence, en Allemagne, d'une lésion cicatricielle oblitérant totalement la cavité de l'utérus après de simples curettages pour avortement. Il semble bien que les chirurgiens français n'ont eu qu'exceptionnellement à réparer de tels dégâts.

DESMAREST.

LA PRENSA MEDICA ARGENTINA
(Buenos-Aires)

C. Patino Mayer et **F.-A. Pataro.** ***Hépatite chronique et abcès aigus consécutifs à un ictère amibien*** (*Prensa Medica Argentina*, année **24**, n° 45, 10 Novembre 1937, p. 2139-2154). — Un malade, âgé de 27 ans, entre dans le service de P. M. et P., le 29 Avril 1935 pour des douleurs dans le côté droit, avec irradiation à l'épaule du même côté, asthénie et amaigrissement. Début de ces douleurs il y a un an. Un soir celles-ci éveillent le malade : il a la sensation d'un coup de poignard dans le flanc droit. Presque aussitôt, la peau prend une teinte ictérique. Les douleurs régressent, mais la pigmentation et la fièvre persistent. Selles normales, urines de colorations diverses. On fait alors un traitement à l'émétine. Bons résultats pendant 6 mois. Puis les douleurs et le même accès fébrile réapparaissent et vont en s'intensifiant, si bien que le malade entre à l'hôpital. Ses antécédents personnels ne fournissent que peu de renseignements. On note cependant, qu'il y a 4 ans, le malade a présenté un accès fébrile, survenu sans cause apparente. L'hérédité est nulle. L'examen met en évidence les grands signes de l'ictère. Le cœur et les poumons sont normaux.

P. M. et P. pensent à une histoire chronique ayant évolué en trois phases. La première il y a 4 ans. La deuxième 3 ans après, et la dernière 6 mois après. Les accès vont en s'accentuant. Entre ces périodes de crises, le malade ne ressent aucun trouble. Les différents examens de laboratoires n'ont pas mis d'amibe en évidence. Cependant, seule l'émétine a donné de bons résultats. Aussi P. M. et P. se fondent-ils, pour étayer leur hypothèse d'ictère amibien, sur l'*émétine-diagnostic*. Contrôlée cliniquement et radiologiquement, cette preuve thérapeutique, admise à l'heure actuelle, a donné des résultats rapides et francs.

Au cours de son évolution, l'affection ne montra aucun des caractères propres aux abcès amibiens. D'autre part, la terminaison normale d'une histoire amibienne est caractérisée par un ou plusieurs abcès aigus, amibiens. Or, il semble qu'ici, les symptômes aient rétrocédé à chaque fois, avant l'établissement de cette collection purulente amibienne. Cette affection hépatique, qui ne se résout pas en abcès amibien, est ce que Patino Mayer appelle l'hépatite amibienne, qui, à une période plus avancée, constitue l'hépatite amibienne nécrobiotique. Nous arrivons donc à une distinction importante entre abcès amibien du foie et hépatite amibienne. Affections différentes, comportant une thérapeutique différente.

Après une longue discussion, P. M. et P. adoptent les conclusions suivantes : les processus congestifs, inflammatoires ou suppurants du foie, guéris par l'émétine, doivent faire penser à une amibiase. Les hépatites amibiennes se présentent sous des formes très variables, mais toutes, si elles ont une évolution prolongée, aboutissent à une collection purulente.

Les hépatites amibiennes, non cachectiques, avec ictère, sont rares. Selon Patino Mayer, l'ictère peut être dû à une « hépatose amibienne » survenant sur un terrain vulnérable, mais plus rarement cet ictère peut être dû à une compression canaliculaire intra-hépatique. P. M. et P. terminent en classant le cas précité comme une « hépatite amibienne nécrobiotique » chronique, intermittente, avec phases aiguës, associée à une « hépatose amibienne ictérigène ».

ROBERT CORONEL.

Eduardo L. Capdehourat. ***Quelques observations cliniques intéressant les habitants des hauts plateaux boliviens*** (*Prensa Medica Argentina*, année **24**, n° 51, 22 Décembre 1937, p. 2443-2449). — Faisant partie d'une mission d'étude qui séjourna quelque temps sur les hauts plateaux boliviens, C. nous fait part de quelques constatations cliniques. Ces faits, qu'il se contente de rapporter, sans y ajouter de commentaire, orienteront peut-être certaines recherches sur le comportement du corps humain aux hautes altitudes. C. pense même que la climatothérapie peut tirer d'importants bénéfices de ces recherches.

Tout d'abord, dans un pays où le paludisme est un véritable ennemi public, C. a été frappé de l'absence de cette affection. Ce qui est à rapprocher des guérisons spontanées, enregistrées après un séjour sur les hauts plateaux. De même, sur 40.000 habitants, C. n'observe aucun cas de diabète, cela tient sans doute à l'alimentation hydrocarbonée de ceux-ci. L'hyperthyroïdisme est inconnu dans ces régions, et il semble bien que l'altitude n'ait pas d'action aggravante sur cette affection. La constipation est chose inconnue ; cependant, comme pour le diabète, C. croit à l'influence de l'alimentation. Les enfants, bien que privés dès leur naissance des soins vigilants auxquels sont habitués ceux des villes, sont sains, et il est extrêmement rare d'en voir de rachitiques.

L'asthme n'existe pas non plus chez ces habitants. Par contre, les tumeurs du pied sont plus fréquentes que les tumeurs viscérales ou pulmonaires, bien que les indigènes soient employés aux mines. C. pense que l'action du sol joue en ces cas un rôle assez important. Les affections cutanées et les anémies sont rares.

ROBERT CORONEL.

Rafael A. Bullrich et **Eduardo F. Lascano.** ***Mélanodermie consécutive à une infiltration du plexus solaire par un épithéliome primitif des voies biliaires*** (*Prensa Medica Argentina*, année **25**, n° 2, 12 Janvier 1938, p. 57-66). — Après un bref historique de cette maladie et des différentes hypothèses auxquelles elle a donné lieu, B. et L. rapportent une observation personnelle fort intéressante.

Il s'agit d'un homme de 53 ans, qui depuis Janvier 1937, souffre d'un syndrome gastrique complexe. Ces douleurs gastriques sont, peu après, suivies d'un ictère, qui devient chronique, puis se transforme en syndrome cholédocien, avec asthénie, amaigrissement rapide et pigmentation de la peau. En Août 1937, cette pigmentation atteint toute la peau et les muqueuses buccales. Il entre alors dans le service où il est examiné. Le foie, gros et indolore, est dur. Un cliché radiographique montre au milieu du parenchyme hépatique une masse ovale et bien limitée. Les examens de laboratoire et une biopsie cutanée ne donnèrent que très peu de renseignements.

B. et L. pensèrent alors à un cancer de la tête du pancréas probable, obstruant le cholédoque. Plusieurs hypothèses furent émises quant à cette mélanodermie : propagation cancéreuse au plexus solaire, mélanodermie banale consécutive à un ictère, etc. Le 11 Septembre 1937, le malade décède, dans un état de cachexie très prononcé. L'examen *post mortem* montre, outre la coloration presque noire de la peau et des muqueuses buccales, une bronchite chronique purulente bilatérale, de l'emphysème pulmonaire, et des abcès multiples de la base droite. Le foie, hypertrophié, dur, et de coloration verdâtre, présente en coupe une hypertrophie des canaux biliaires intra-hépatiques. Au niveau du pôle droit, on découvre un kyste hydatique de la grosseur d'une mandarine. La vésicule, augmentée de volume, contient du liquide sous pression. Le liquide muqueux, sans bile, contient des flocons blancs, de nombreux calculs, n'obstruant pas le canal cystique. Les parois musculaires de la vésicule sont épaissies et la muqueuse semble atrophiée. Les voies biliaires extra-hépatiques sont en partie sténosées. Le pancréas est gros et présente des kystes remplis de liquide, le parenchyme a perdu son aspect glandulaire. L'extrémité interne des ganglions semi-lunaires, les filets interganglionnaires et le plexus solaire sont noyés dans le pancréas. Les surrénales fortement colorées sont de taille normale.

Histologiquement, les organes précités présentent de graves lésions parenchymateuses. Le pancréas qui n'a plus d'acini est le siège d'une invasion épithéliomateuse. Les filets nerveux du plexus sont cancérisés.

Après avoir cherché le processus mécanique et l'étiologie de cette mélanodermie, B. et L. croient à une action combinée et interdépendante des sur-

rénales et du système sympathique, l'action frénatrice du sympathique n'étant pas excitée lors de la mélanogénèse, par suite de l'absence de sécrétion adrénalinienne.

Robert Coronel.

THE JOURNAL of the AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (Chicago)

M. Paulson et **B. Kravetz.** ***Un nouveau test intradermique avec un antigène fécal, indiquant la présence du virus de la lymphogranulomatose inguinale dans l'intestin et permettant de reconnaître les colites dues à ce virus*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **109**, n° 23, 4 Décembre 1937, p. 1880-1886). — P. et K. ont réussi à préparer, à partir des selles de malades atteints de colite ulcéreuse et ayant une réaction de Frei positive, un antigène qui, inoculé dans le derme de sujets à Frei positif, donnait des réactions positives très fortes. P. et K. ont réussi à démontrer, grâce à de nombreux contrôles, la spécificité de ce test, qui permet de penser qu'il existe, dans le cadre mal connu des colites ulcéreuses, certains cas liés étiologiquement au virus de la lymphogranulomatose. Il y a là évidemment des faits forts importants, qui méritent confirmation, et qui vont peut-être éclairer d'un jour nouveau la question si obscure des colites ulcéreuses, et élargir encore l'importance de la quatrième maladie vénérienne.

R. Rivoire.

D. Lewis et **C. F. Geschichter.** ***La thérapeutique endocrinienne de la mastite chronique cystique*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **109**, n° 23, 4 Décembre 1937, p. 1894-1900). — L'adénomatose des reins et la maladie cystique de Reclus sont des affections bénignes, qui n'ont qu'une très faible tendance à la cancérisation, puisque L. et G. n'ont observé cette transformation que 4 fois sur 500 femmes observées pendant plus de cinq ans. Il n'y a donc aucune raison de recourir à un traitement chirurgical dans ces affections, si ce n'est pour pratiquer une biopsie afin d'éliminer formellement le diagnostic de cancer du sein.

Le traitement endocrinien doit donc être la règle chez ces malades. L. et G. recommandent le traitement par la folliculine, à la dose de 10.000 unités tous les 4 jours par voie intra-musculaire. Ce traitement doit être poursuivi pendant six mois environ. Chez certains malades, L. et G. ont adjoint à la folliculine des injections de prolactine hypophysaire.

Dans l'ensemble, les résultats de cette thérapeutique ont été très satisfaisants.

R. Rivoire.

H. R. Viets, R. S. Mitchell et **R. S. Schwab.** ***L'administration buccale de la prostigmine dans le traitement de la myasthénie*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **109**, n° 24, 11 Décembre 1937, p. 1956-1959). — V., M. et S. ont employé la prostigmine en injection chez 18 malades atteints de myasthénie avec un plein succès. La drogue était administrée en tablettes de 15 milligr., à raison de 3 à 12 tablettes par jour : il faut admettre que 30 milligr. par voie orale correspondent à 0 milligr. 5 par voie sous-cutanée. Ce traitement donne une augmentation notable de la force musculaire, durant deux à trois heures, et pouvant aller jusqu'à un retour à la vigueur normale. Chez certains myasthéniques graves, il est difficile de faire prendre la drogue par la bouche le matin, à cause de la paralysie des muscles du palais particulièrement intense à cause de l'absence de traitement nocturne : aussi faut-il souvent remplacer cette dose matinale par une injection ou un suppositoire de prostigmine.

La drogue est d'ordinaire bien tolérée; parfois cependant, elle détermine un peu de diarrhée, que l'on empêche en donnant en même temps que le médicament une dizaine de gouttes de teinture de belladone.

L'administration de sels de potassium et d'éphédrine en même temps que la prostigmine semble augmenter la durée des améliorations.

R. Rivoire.

M. Landis. ***Observations sur le traitement des néphroses par l'acacia*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **109**, n° 25, 18 Décembre 1937, p. 2030-2034). — L. a administré des doses considérables d'acacia (substance qui augmente la pression osmotique du sang) à 10 malades atteints de néphrose. Chez 5 de ces malades, la thérapeutique détermina une bonne diurèse, en combinaison avec une restriction salée rigide et une restriction aqueuse. Il n'a pas semblé que ces doses massives (allant jusqu'à 120 gr. par jour) aient déterminé de lésions rénales.

Bien que l'action diurétique de ce produit soit seulement temporaire, elle n'est pas moins précieuse chez les néphrétiques à gros œdèmes, avec hypoprotéinémie intense, à condition que n'existe ni insuffisance rénale, ni hypertension, ni asystolie. Cependant, les autres diurétiques sont nettement préférables lorsqu'ils sont efficaces et l'acacia doit être réservé aux malades résistant aux autres médicaments.

R. Rivoire.

W. S. Collens et **N. D. Wilevsky.** ***L'occlusion veineuse intermittente dans le traitement des maladies vasculaires périphériques; expérience sur 124 cas*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **109**, n° 26, 25 Décembre 1937, p. 2125-2130). — C. et W. ont utilisé chez de nombreux malades atteints d'artérite sénile, d'artérite diabétique ou de thrombo-angéite oblitérante l'appareillage très en vogue en Amérique qui permet de soumettre les extrémités à des alternatives de pressions négatives et positives. Dans l'ensemble, les résultats ont été excellents : diminution de la douleur de décubitus, augmentation de la capacité de marche, régénération des tissus, amélioration de la nutrition des ongles, repousse des poils. Les résultats les moins satisfaisants ont été observés dans les artérites diabétiques.

C. et W. pensent que c'est la phase de succion qui donne le résultat thérapeutique, la phase de compression pouvant, au contraire, être nuisible : c'est ce qui explique la divergence des opinions des divers expérimentateurs et certains accidents observés.

R. Rivoire.

LA CLINICA MEDICA ITALIANA (Milan)

G. C. Sironi. ***Contribution à l'étude de la sécrétion gastrique chez les sujets atteints de diabète sucré*** (*La Clinica medica italiana*, an. **68**, n° 5, Mai 1937, p. 339-351). — Ayant examiné 10 diabétiques, S. en a trouvé 3 qui étaient hypochlorhydriques, 3 dont la chlorhydrie était normale et 4 qui présentaient une tendance à l'hyperchlorhydrie; chez les 10 malades, la quantité de suc gastrique après injection d'histamine était inférieure à la normale; il n'a pas été possible d'établir une relation nette entre la gravité du diabète et l'importance de l'hypochlorhydrie. L'injection de 15 unités d'insuline a peu d'effet sur la chlorhydrie des diabétiques normo- ou hyperchlorhydriques; elle augmente la concentration en acide chlorhydrique libre du suc gastrique des diabétiques hypochlorhydriques et cela d'autant plus que la baisse de la glycémie est plus accusée. Si l'on augmente la glycémie des diabétiques en leur faisant absorber 50 gr. de glucose, on constate dans tous les cas et indépendamment de la valeur initiale de la chlorhydrie une inhibition de la sécrétion gastrique qui se traduit par une notable diminution de l'acide chlorhydrique libre.

Lucien Rouquès.

G. Gafa et **G. Nicastro.** ***La formule leucocytaire focale dans les intradermo-réactions spécifiques et aspécifiques*** (*La Clinica medica italiana*, an. **68**, n° 5, Mai 1937, p. 353-364). — La formule leucocytaire focale n'est autre que la formule sanguine locale d'Helmereich; chez 27 malades atteints de tuberculose, de brucellose ou d'affections variées, G. et N. ont pratiqué des intradermo-réactions avec de la tuberculine, de la mélitine et du sérum normal de cheval; après vingt-quatre ou quarante-huit heures, ils prélevaient du sang par ponction aux points où les intradermo-réactions avaient été faites et établissaient le pourcentage leucocytaire qu'ils comparaient avec celui du sang circulant. Qu'il y ait ou non une réaction locale cliniquement appréciable, la formule leucocytaire locale a toujours différé de la formule générale par l'augmentation du nombre des lymphocytes; cette augmentation a été d'autant plus intense au niveau de l'intradermo-réaction à la tuberculine que l'organisme était davantage susceptible de réagir vis-à-vis du processus tuberculeux; là où des substances vis-à-vis desquelles l'organisme n'était pas sensible avaient été injectées, l'augmentation des lymphocytes a été moins accusée qu'au niveau des intradermo-réactions à la tuberculine. Chez 3 sujets atteints de fièvre de Malte, l'augmentation des lymphocytes a été la plus nette au niveau des intradermo-réactions à la mélitine; il est à noter que la réaction à la tuberculine a été nulle chez deux de ces malades et très faible chez le troisième.

Lucien Rouquès.

G. Rocchini (Milan). ***La perspiration insensible dans les états œdémateux*** (*La Clinica medica italiana*, an. **68**, n° 6, Juin 1937, p. 399-424). — R. a étudié avec le perspiromètre de Gallotti la perspiration insensible chez des cardiaques œdémateux; l'élimination de l'eau par la peau est nettement réduite au niveau des téguments œdémateux, normale ou subnormale au niveau des téguments non infiltrés; à l'état normal, la perspiration insensible présente des variations horaires avec un maximum dans les premières heures de l'après-midi; chez les cardiaques, ces variations se retrouvent au niveau de la peau non infiltrée mais font complètement défaut au niveau de la peau œdématiée; sous l'influence d'une stase provoquée, la perspiration insensible diminue légèrement chez les sujets normaux et beaucoup plus chez les sujets ayant tendance à présenter des œdèmes.

La peau ne paraît donc pas avoir une fonction compensatrice d'élimination aqueuse chez les cardiaques en état de rétention hydrique; la diminution de la perspiration insensible est due probablement à l'obstacle mécanique opposé par l'œdème et aux altérations de la circulation cutanée capillaire; mais il n'est pas impossible que les facteurs généraux qui règlent le métabolisme hydrique de l'organisme en général interviennent dans la production de la perspiration insensible.

Lucien Rouquès.

G. Rocchini (Milan). ***Action des diurétiques mercuriels sur les éliminations hydriques extra-rénales*** (*La Clinica medica italiana*, an. **68**, n° 7, Juillet 1937, p. 443-471). — On peut doser les éliminations hydriques extra-rénales globales (par voie pulmonaire et par voie cutanée) par le procédé du bilan hydrique très difficile à établir rigoureusement mais dont R. a utilisé une méthode

simplifiée ; on peut doser la perspiration cutanée insensible au niveau de segments cutanés déterminés avec le perspiromètre de Gallotti. Après administration d'un diurétique mercuriel organique à un sujet œdémateux, la perspiration insensible augmente nettement au niveau des téguments infiltrés et très faiblement au niveau des téguments non infiltrés; chez les sujets normaux, elle ne varie pas; l'augmentation de la perspiration insensible peut se traduire par une courbe dont le maximum correspond *grosso modo* au maximum de l'effet diurétique; dans quelques cas, on observe aussi une brusque et fugace augmentation de la perspiration immédiatement après l'injection du diurétique. Les éliminations extra-rénales globales augmentent très nettement sous l'effet des diurétiques mercuriels chez les oliguriques et les œdémateux, moins nettement chez les sujets normaux. R. estime que les diurétiques mercuriels agissent directement sur l'état d'imbibition des tissus; leur effet diurétique, conséquence de l'action des médicaments sur les reins, est peut-être dû à des modifications de l'état colloïdal et du degré d'hydrophilie de l'épithélium rénal et particulièrement des tubes.

Lucien Rouquès.

MINERVA MEDICA
(Turin)

A. Rabino (Turin). ***Interventions sur le phrénique au cours de l'endoscopie pleurale*** (*Minerva medica*, an. **28**, t. **2**, n° 38, 23 Septembre 1937, p. 289-291). — On a signalé un certain nombre de cas de blessure des nerfs et spécialement du phrénique au cours de l'opération de Jacobæus; R. a personnellement observé après deux séances endoscopiques faites pour réséquer une grosse adhérence de la partie haute du médiastin droit une paralysie de l'hémidiaphragme qui a duré sept mois; il s'est alors demandé si on ne pourrait pas intervenir de propos délibéré sur le phrénique au cours des endoscopies dans certains pneumothorax inefficaces, dans les pneumothorax partiels supérieurs avec caverne béante de la base, dans les cavernes suspendues à des adhérences apicales impossibles à réséquer. Mistal a fait des tentatives analogues, intervenant sur le phrénique à son émergence du diaphragme; R. préfère intervenir dans la partie supracardiaque du nerf; le phrénique est facilement reconnaissable surtout à gauche où il ne peut être confondu avec le pneumogastrique; en cas de doute, il suffit de le heurter avec le cautère non chauffé pour faire apparaître la douleur caractéristique de l'épaule et de la base de l'hémithorax; on peut cautériser prudemment le nerf, mais il est rare qu'on arrive à le sectionner complètement à cause de la proximité de l'aorte ou de la veine cave supérieure; R. n'a pas observé d'hémorragies, mais quelques cas d'emphysème médiastinal curable; on peut aussi injecter de l'alcool coloré par le bleu de méthylène dans le tronc nerveux, méthode sans danger, car la ponction des gros vaisseaux n'a pas d'inconvénients; il suffit enfin d'approcher du nerf pendant quelques minutes le cautère chauffé au rouge, après avoir anesthésié le nerf à la percaïne; cette dernière technique est la plus simple et la plus inoffensive; la paralysie n'apparaît qu'après quelques jours, n'est pas définitive, mais dure assez pour qu'un effet thérapeutique favorable en résulte.

Lucien Rouquès.

LA RIFORMA MEDICA
(Naples)

S. Fortuna (Syracuse). ***Trois ans d'expérience du traitement de M. Ascoli pour la malaria*** (*La Riforma medica*, t. 53, n° 23, 5 Juin 1937, p. 825-829). — Les injections intraveineuses d'adrénaline à doses très faibles et lentement croissantes suivant la technique d'Ascoli sont contre-indiquées chez les cardiaques et les hypertendus; elles doivent être faites de préférence à jeun et en position horizontale; elles provoquent de la pâleur, des battements de cœur, un léger tremblement, une sensation pénible au niveau de la tête, du sternum, du rachis, tous phénomènes de courte durée; il est rare qu'on observe une céphalée plus ou moins intense : il faut alors suspendre un jour les injections, puis les reprendre à plus faible dose. La tolérance aux doses croissantes est très variable suivant les individus.

Aussitôt après l'injection, la rate se réduit de volume, pas toujours dans toute son étendue; au bout de dix minutes, sa reexpansion se produit lentement; les plaquettes augmentent les premières, puis les globules rouges (dont le nombre peut augmenter de 3.000.000), puis les globules blancs et enfin les réticulocytes; l'indice parasitaire baisse, puis après trois quarts d'heure présente une élévation passagère. Dans le paludisme chronique, sous l'influence de ce traitement, l'état général et l'anémie s'améliorent rapidement, la splénomégalie est réduite en partie ou en totalité et les récidives sont supprimées; mais l'adrénaline n'a qu'un pouvoir schizonticide insuffisant; aussi chez les malades fébriles (primo-infection, récidive, réactivation), il est préférable de donner d'abord de la quinine (1 gr. 20 par voie buccale par jour), de la continuer pendant plusieurs jours une fois l'apyrexie obtenue, puis de mettre en œuvre le traitement d'Ascoli.

Lucien Rouquès.

C. Re. ***Les petites hydronéphroses douloureuses*** (*La Riforma medica*, t. **53**, n° 24, 12 Juin 1937, p. 854-861). — A propos de 3 cas personnels, R. trace le tableau clinique des petites hydronéphroses douloureuses. Elles se traduisent par des crises douloureuses qui deviennent au cours de l'évolution de plus en plus rapprochées, dont la durée est assez variable, mais peut dépasser une journée, dont les caractères sont souvent vagues et en tout cas n'attirent pas l'attention vers le rein, mais peuvent faire penser à divers syndromes abdominaux; l'examen des urines et les radiographies simples ne montrent aucune anomalie; seule, la pyélographie ascendante peut assurer le diagnostic en mettant en évidence la dilatation pyélique; l'importance de celle-ci n'est pas parallèle à l'intensité des douleurs; une malade de R. qui n'avait qu'une légère dilatation du bassinet avec un résidu de 6 cmc présentait des crises douloureuses très violentes. Le traitement des hydronéphroses douloureuses est essentiellement chirurgical.

Lucien Rouquès.

G. Ferrari (Pavie). ***Inconvénients et dangers du pneumopéritoine*** (*La Riforma medica*, t. **53**, n° 33, 14 Août 1937, p. 1163-1167). — Les risques d'accidents au cours du pneumopéritoine artificiel sont minimes et en général évitables : infection (l'oxygène contenu dans les bonbonnes peut contenir des staphylocoques et des streptocoques), blessures de l'épigastrique inférieure ou des vaisseaux du mésentère (les embolies gazeuses n'ont pas de conséquences très graves en général), piqûres de l'intestin ou de l'estomac (rares, facilitées par les adhérences et ne donnant pas toujours de réaction péritonéale), emphysème de l'épiploon, emphysème sous-cutané ou de la paroi abdominale, exceptionnellement emphysème du médiastin, l'air passant par le péritoine viscéral blessé et le tissu cellulaire sous-péritonéal.

Chez un homme de 31 ans présentant des hémoptysies rebelles au cours d'une bronchectasie, une tentative de pneumothorax ayant échoué, F. a pratiqué un pneumopéritoine qui a arrêté les hémoptysies; mais quatre jours après, une pneumonie se déclara, rapidement compliquée d'un abcès du poumon d'évolution grave. F. se demande si le pneumopéritoine n'a pas favorisé l'apparition de la pneumonie en diminuant la mobilité des bases et en facilitant la rétention des sécrétions sanglantes qui forment un bon milieu de culture; dans le doute et dans des cas analogues, on préférera l'oxygène, plus vite résorbé, à l'air et on n'emploiera qu'avec prudence les médicaments supprimant la toux.

Lucien Rouquès.

G. de Flora. ***Nouvelles tentatives thérapeutiques dans l'urémie*** (*La Riforma medica*, t. **53**, n° 35, 28 Août 1937, p. 1231-1236). — F. insiste sur le rôle des troubles fonctionnels hépatiques dans l'anémie; on associe souvent au glucose des injections d'insuline, mais la glycogénogénèse insulinienne s'effectue plus au niveau des muscles que du foie et la thérapeutique glucose-insuline ne donne que des résultats temporaires dans l'insuffisance hépatique ; par contre, l'extrait cortico-surrénal hydrolyse le glycogène des muscles et le transforme en glucose tandis qu'il favorise l'accumulation du glycogène dans le foie. Se basant sur ces remarques, F. propose une nouvelle thérapeutique de l'urémie : 1° régime achloruré ou hypochloruré, suivant que le malade a ou non tendance aux œdèmes, faible apport de protéines, hydrocarbones en grande quantité, 1 gr. de graisse par kilogramme de poids corporel, beaucoup de fruits (poires, pommes, oranges, bananes, pêches), beaucoup de légumes verts; 2° injection quotidienne de 4 cmc d'hormone cortico-surrénale suivie après trente minutes de l'injection sous-cutanée de 250 cmc de sérum glucosé à 80 p. 1.000 ou, s'il y a des œdèmes, de l'injection intraveineuse de 30 cmc de sérum glucosé à 30 p. 100; le traitement dure cinq jours et peut être repris au besoin après un repos de 2 jours. Dans 7 cas de néphrite chronique avec urémie, cette méthode a donné de bons résultats.

Lucien Rouquès.

C. Giudetti (Rome). ***Les fièvres ressemblant au paratyphus et dues aux B. Columbensis et B. Asiaticus de Castellani dans notre Empire*** (*La Riforma medica*, t. **53**, n° 36, 4 Septembre 1937, p. 1263-1269). — G. rapporte 5 observations recueillies en Somalie italienne dans le bas Giuba, de fièvres ressemblant à la fièvre typhoïde ou aux paratyphoïdes et relevant en réalité d'une infection par le B. Columbensis ou par le B. Asiaticus, germes découverts en 1904-1905 par Castellani à Ceylan et retrouvés depuis, çà et là, dans presque tout le monde; en pareil cas, le sérodiagnostic T. A. B. est négatif; les germes peuvent être trouvés dans le sang par hémoculture les premiers jours; après la première semaine, le séro-diagnostic spécifique devient positif; le bacille doit être recherché directement dans les selles lorsque l'agglutination ne dépasse pas 1 pour 40 ou 1 pour 80. G. indique en détails les caractères bactériologiques différentiels des B. Columbensis et Asiaticus.

Lucien Rouquès.

E. Repetto (Naples). ***Contribution clinique et histo-pathologique à l'étude des tumeurs des nerfs périphériques*** (*La Riforma medica*, t. **53**, n° 37, 11 Septembre 1937, p. 1303-1309). — Un premier cas concerne un homme de 27 ans, présentant un névrome traumatique du médian, consécutif à une fracture de l'humérus au tiers moyen; du point de vue de l'histogenèse, R. pense que ce névrome est dû à la régénération des fibres nerveuses avec néoformation cicatricielle de tissu conjonctif comme dans les névromes d'amputation, et aussi à la prolifération des cellules de Schwann. Un deuxième cas concerne une femme de 26 ans, ayant depuis deux années des douleurs légères de la plante du pied droit, puis de la fesse; l'examen montrait une tumeur dure, sensible, de la taille d'une mandarine, au niveau de la fesse; l'intervention a permis d'énucléer une tumeur encapsulée

à la surface de laquelle cheminaient les fibres du sciatique ; il s'agissait d'un neurinome dont le point de départ a été la prolifération atypique des cellules de Schwann dont R. admet l'origine ectodermique; à cette prolifération a fait suite une réaction des éléments mésodermiques du nerf.

LUCIEN ROUQUÈS.

U. Diliberto (Palerme). ***Modifications électrocardiographiques et tensionnelles consécutives aux injections intraveineuses d'adrénaline*** (*La Riforma medica*, t. **53**, n° 38, 18 Septembre 1937, p. 1331-1336). — Après injection intraveineuse de doses croissantes d'adrénaline (d'un centième à un dixième de milligramme), on observe une phase très brève d'hypotension, immédiatement suivie par une élévation rapide de la pression dont l'importance est proportionnelle à la dose; sur l'électrocardiogramme, on note une tachycardie sinusale parfois suivie de bradycardie; jamais D. n'a observé une bradycardie initiale; on constate parfois une arythmie respiratoire ou quelques extrasystoles sinusales, nodales ou ventriculaires; les soulèvements P et T sont exagérés et ont une forme en pointe, ce que D. attribue pour P à un afflux plus grand de sang dans les oreillettes et pour T à la dilatation des coronaires. Toutes les modifications précédentes sont fugaces : elles ne durent que quelques minutes à peine et n'ont pas de conséquences nocives; elles semblent étroitement liées à la dose injectée, au mode de réponse du cœur (batmotropisme, dromotropisme), à l'état du système neuro-végétatif. L'augmentation de la pression est proportionnelle à la dose et constante avec une même dose; il n'y a donc pas d'accoutumance.

D. n'a jamais observé les altérations graves du fonctionnement cardiaque signalées par Petzetakis, Buccianti; il les attribue aux doses très élevées utilisées par ces auteurs et aux tares cardio-vasculaires de leurs malades. A doses non excessives, chez des sujets dont l'appareil cardio-vasculaire est normal, la méthode d'Ascoli est sans danger; elle est contre indiquée chez les cardiaques et les hypertendus.

LUCIEN ROUQUÈS.

R. Campos (Naples). ***Un cas d'amaurose par anévrysme de la carotide interne*** (*La Riforma medica*, t. **53**, n° 38, 18 Septembre 1937, p. 1336-1345). — On admet que les troubles visuels sont rares dans les anévrysmes de la carotide interne; les modifications du champ visuel parfois signalées sont très variables et leur interprétation n'est pas toujours aisée lorsqu'il s'agit par exemple d'hémianopsie latérale homonyme ou d'hémianopsie bitemporale. C. rapporte l'observation d'un sujet âgé qui présenta une diminution progressive de la vision de l'œil gauche avec hémianopsie nasale gauche, puis une amaurose presque totale de ce côté et une hémianopsie temporale droite; l'ophtalmoscope montrait une atrophie primitive prédominant à gauche; le diagnostic de syndrome chiasmatique fut porté mais sa cause ne fut précisée que par l'autopsie; il s'agissait d'un anévrysme de la carotide interne gauche dont le maximum se trouvait sur l'anse antérieure; il se peut que le nerf optique gauche ait été au début comprimé à l'orifice du canal optique, mais rapidement ce nerf a été comprimé dans toute sa portion intra-cranienne; l'hémianopsie temporale droite a été la conséquence soit d'un tiraillement du nerf droit, soit d'une compression directe.

LUCIEN ROUQUÈS.

ARCHIVIO ITALIANO DI ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA (Rome)

O. Carere Comes (Sienne). ***Sur l'hémopéricarde dans l'infarctus du myocarde sans rupture du cœur*** (*Archivio italiano di anatomia e istologia patologica*, t. **7**, n° 6, Décembre 1936, p. 525-534). — Un artério-scléreux de 65 ans présente une douleur précordiale violente avec dyspnée, cyanose, hypotension et signes d'un épanchement péricardique; il meurt en quatre jours; l'autopsie montre un hémopéricarde abondant et un infarctus de la face postérieure du ventricule gauche, sans rupture du cœur. Cette éventualité est rare et C. n'en a retrouvé que 2 autres cas dans la littérature. L'examen histologique a permis de constater que l'infarctus du type anémique était entouré par un tissu de granulation infiltré d'hématies; cette hémorragie manifestement secondaire avait fusé dans la graisse sous-épicardique et le sang avait suinté dans la cavité péricardique à travers des éraillures de la paroi. L'hémorragie s'est sans doute produite par diapédèse à travers la paroi des capillaires avoisinant la zone nécrotique, paroi ayant subi, du fait de ce voisinage, des altérations trophiques non décelables histologiquement. LUCIEN ROUQUÈS.

ATTI E MEMORIE DELLA SOCIETA LOMBARDA DI CHIRURGIA (Milan)

L. Pietrantoni (Brescia). ***A propos des indications opératoires dans les fractures du temporal*** (*Atti e Memorie della Società Lombarda di Chirurgia*, vol. **5**, n° 17, séance du 10 Décembre 1937, p. 1975-2007). — A l'hôpital de Brescia ont été hospitalisés, de 1931 à 1937, 579 blessés porteurs de fracture du crâne.

154 sont morts dans les deux premiers jours, 39 les jours suivants. Et parmi ces derniers, 22 ont succombé à une méningite purulente.

343 examens radiographiques ont montré 187 fractures de la voûte, 156 fractures associées de la voûte et de la base, 33 fractures de la base.

P. étudie les signes qui doivent permettre de poser les indications d'un traitement prophylactique.

L'otorragie profuse, tardive, à répétition, en particulier quand elle s'accompagne de symptômes de lésions labyrinthiques, signifie presque toujours fracture du rocher avec rupture de gros vaisseaux veineux entraînant la production de vastes hématomes. Danger de compression cérébrale.

L'issue de liquide céphalo-rachidien associée à une surdité cochléaire indique une fracture du labyrinthe. Elle peut suffire à elle seule à poser l'indication opératoire.

Quant aux suppurations de l'oreille moyenne, P. cite quelques cas de méningite après fracture méconnue du temporal, et préconise une surveillance attentive.

Dans les cas d'otite simple, évoluant sans symptômes, on peut attendre.

Dans les autres cas, l'apparition de la fièvre doit être considérée, non comme un symptôme évolutif, mais comme le début de l'infection du foyer, et l'intervention s'impose. J. ASSALI.

IL BAGLIVI (Florence)

S. Gualco. ***Exostoses ostéogéniques multiples ou maladie ostéogénique d'Ombrédanne*** (*Il Baglivi*, t. **3**, n° 3, Mai-Juin 1937, p. 213-238). — G. rapporte un cas typique d'exostoses ostéogéniques multiples chez un garçon de 10 ans; la maladie a été retrouvée dans la lignée maternelle chez la mère, la grand'mère et la bisaïeule, les tantes et les cousins germains. L'examen anthropométrique fait suivant la méthode de Viola a montré que le sujet était d'un type mixte qui peut être compris dans le groupe des para-normaux; il existait des signes évidents d'insuffisance thyroïdienne dans la morphologie de la face, le psychisme et le métabolisme basal était diminué (moins 28 pour 100) : on constatait aussi quelques signes d'hypoparathyroïdisme et d'hypogénitalisme. L'examen humoral a mis en évidence une légère hypocalcémie avec hyperphosphorémie; le sujet présentait une nette prévalence vagotonique. G. tend à admettre qu'au point de vue pathogénique, le principal rôle dans cette anomalie de l'ostéogénèse revient au corps thyroïde.

LUCIEN ROUQUÈS.

L. Supino. ***La réaction xanthoprotéique en tant qu'élément du pronostic des néphropathies*** (*Il Baglivi*, t. **3**, n° 3, Mai-Juin 1937, p. 254-259). — La réaction xanthoprotéique du sérum proposée par Becher en 1924 est d'exécution facile, mais elle n'est pas spécifique; normalement, elle est donnée presque exclusivement par les amino-acides aromatiques; à l'état pathologique, son intensité est augmentée par la rétention de corps aromatiques comme le phénol, l'indol, le créosol, etc... La réaction xanthoprotéique, ainsi que S. l'a constaté d'après 18 cas, ne varie pas parallèlement à l'azotémie; dans un cas, elle était normale alors que l'azotémie atteignait 3 gr. 59. Dans les glomérulo-néphrites aiguës, les chiffres les plus élevés sont observés, semble-t-il, dans les cas où des lésions tubulaires d'une certaine gravité accompagnent les lésions glomérulaires. Dans les néphrites chroniques, la valeur pronostique de la réaction xanthoprotéique est très inférieure à celle de l'azotémie, tout au moins si on se contente d'une seule détermination; les dosages en série ont cependant un certain intérêt; une accentuation progressive de la réaction a une signification très grave, même si l'azotémie n'augmente pas; une diminution progressive indique en général un pronostic moins sévère, mais cette indication doit être confirmée par d'autres éléments tels que l'azotémie et surtout l'allure clinique de l'affection.

LUCIEN ROUQUÈS.

ACTA DERMATOLOGICA (Kioto)

Reiss. ***Psoriasis et hypovitaminose C*** (*Acta dermatologica*, t. **30**, n°s 1-2, Août 1937, p. 1-3). — Parmi les théories pathogéniques récentes du psoriasis, il faut signaler celle qui considère cette dermatose comme due à une insuffisance de la vitamine C.

La vitamine C serait détruite par les agents infectieux supposés du psoriasis, ou bien, ce qui est plus probable, le trouble du métabolisme cellulaire de l'épiderme réclamerait une quantité plus grande de vitamine C.

Des améliorations du psoriasis et même des guérisons ont été obtenues par l'administration d'acide ascorbique, à la condition que cette vitamine soit donnée à doses suffisantes, 600 milligr. par jour. Mais des échecs ont aussi été observés, malgré l'administration de hautes doses d'acide ascorbique.

R. BURNIER.

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
(Paris)

Privat de Fortunie et **Belfils** (Nancy). ***Les formes cliniques du caféisme cérébral*** (*Annales Médico-psychologiques*, an. **95**, t. **2**, nº 5, Décembre 1937, p. 725-741). — L'intoxication par le café, plus fréquente chez la femme à l'inverse de l'intoxication alcoolique, apparaît souvent satellite de cette dernière, à laquelle elle emprunte d'ailleurs la plupart de ses traits.

Elle détermine un tremblement menu des extrémités, des paresthésies, des vertiges, une anorexie marquée, des effets aphrodisiaques et abortifs, des perturbations sympathiques dans les sphères respiratoire et circulatoire.

L'intoxication caféique chronique se manifeste moins par des accidents aigus, comme ceux de l'alcoolisme, que par des accidents mentaux *polymorphes*, qui révèlent les constitutions psychopathiques latentes chez les sujets prédisposés.

P. de F. et B. rapportent 4 *observations* originales. La première concerne un épisode onirique chez une intoxiquée caféique chronique; la seconde un épisode délirant subaigu avec illusions de caractère funèbre. La troisième montre l'éclosion d'accidents délirants avec interprétations et hallucinations. Enfin, la dernière retrace l'évolution d'un délire d'interprétation authentique, guéri par le sevrage du café.

Le sevrage détermine la guérison plus rapidement que dans l'alcoolisme.

G. d'Heucqueville.

LE NOURRISSON
(Paris)

E. Lesné, G. Dreyfus-Sée et **A. Saenz** (Paris). ***Recherches sur la contagiosité de la tuberculose pulmonaire du jeune enfant*** (*Le Nourrisson*, année **26**, nº 2, Mars 1938, p. 69-77). — Au cours de la primo-infection tuberculeuse du jeune enfant, l'ensemencement sur milieux spéciaux et l'inoculation au cobaye du liquide de lavage gastrique peuvent révéler la présence de bacille de Koch, même en l'absence de tous signes cliniques ou radiologiques. Les bacilles décelés par ces méthodes sont peu abondants et sont rarement découverts par l'examen direct du contenu gastrique. Les examens doivent être répétés car il s'agit d'émetteurs de bacilles par intermittence.

Ces enfants sont donc susceptibles, d'après L., D.-S. et S., d'être des agents de contagion par l'intermédiaire des tétines, bonbons, jouets, objets de toilette, etc. Si la contagion ne paraît pas à redouter chez des enfants âgés, résistants ou allergiques, elle paraît par contre, possible — pour les auteurs — chez des enfants jeunes, fragiles et non allergiques.

L., D.-S. et S. considèrent, en conséquence, qu'il est nécessaire de séparer les sujets à cuti-réaction positive et à cuti-réaction négative dans les pouponnières et les maisons de convalescence et de cure pour nourrissons et enfants au-dessous de 4 ou 5 ans.

Pour les sujets résistants de plus de 5 ans, une contamination pauci-bacillaire paraissant moins redoutable, les mesures de prophylaxie précédentes peuvent être moins rigoureuses.

G. Schreiber.

MAROC-MÉDICAL
(Casablanca)

Pouhin. ***Une épidémie d'œdème par carence alimentaire dans la vallée du Draa (Printemps-été 1937)*** [*Maroc-médical*, t. **17**, nº 186, 15 Décembre 1937, p. 437-446]. — Dans toute une région comprenant le cercle de Zagora située dans la vallée du Draa et du Zguid, mais inégalement suivant la richesse du pays, s'est développé un syndrome d'œdème. La maladie a atteint les individus de tous âges et tous sexes, sauf les nourrissons jusqu'à un an. Les vieillards et les infirmes ont été les plus éprouvés. Les tribus les plus pauvres ont été les plus touchées, aucun cas n'a été constaté parmi la population indigène ou européenne des postes militaires.

Les premiers cas ont été décelés en Avril, le plus grand nombre est apparu entre le 15 Juin et le 15 Juillet: en Septembre, l'affection devint exceptionnelle.

On peut estimer à 600 ou 800 le nombre des sujets atteints et la mortalité, qui n'a pas dépassé 10 pour 100 chez les enfants et les adultes, s'est élevée à 30 et 40 pour 100 chez les vieillards.

La cause de la maladie a été la misère provoquée par une sécheresse exceptionnelle persistant depuis plusieurs années et supprimant les ressources agricoles locales, sauf les dattes.

L'affection a été essentiellement caractérisée par des œdèmes qui n'ont atteint souvent que les membres inférieurs, mais ont réalisé parfois un syndrome d'anasarque généralisé. Dans un certain nombre de cas, les œdèmes s'accompagnaient d'une asthénie frappante. Le plus souvent l'évolution était progressive jusqu'à la mort, la vitesse de l'évolution étant très variable. La rapidité de la guérison était en rapport avec l'importance des œdèmes et de l'asthénie. Chez quelques sujets, à l'œdème et à l'asthénie s'ajoutaient des douleurs imprécises des membres inférieurs. Aucune pigmentation des muqueuses. La tension artérielle était toujours inférieure à la normale. Il n'y a jamais eu de stomatite ni de gingivorragie, les vomissements ont été exceptionnels. La diarrhée avec des selles décolorées et fréquentes était un symptôme de mauvais pronostic. Il existait souvent une polynucléose entre 80 et 90 pour 100. Dans les 3 cas où elle a été recherchée, l'azotémie était normale. La recherche des hématozoaires était le plus souvent négative. Quelques sujets étaient bilharziens, mais il ne semble pas que le paludisme et la bilharziose aient influencé l'évolution du syndrome œdémateux et asthénique.

Parmi les thérapeutiques essayées, le citron et l'histidine ont été les plus efficaces.

Les avitaminoses A et C offrent, en général, un autre aspect clinique. L'absence de signes nerveux s'inscrit contre l'hypothèse d'un béribéri. Il faut probablement rattacher ces œdèmes à une ration alimentaire déséquilibrée en qualité et en quantité, plutôt qu'en une carence en vitamines.

Robert Clément.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Leipzig)

J. Schumacher. ***Syndrome adiposo-génital après traumatisme cranien*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **63**, nº 44, 29 Octobre 1937, p. 1648-1651). — Après un traumatisme cranien important, une fillette de 10 ans, qui jusqu'alors était maigre, de caractère renfermé, triste, très sensible et travaillant médiocrement, présente une transformation rapide de son état physique et mental.

Le traumatisme avait provoqué une perte de conscience avec coma durant 7 jours avec réflexes vifs et signe de Babinski bilatéral. La radio montrait une fracture du frontal gauche sans signe de lésion de la selle turcique.

Peu après la guérison apparente, on note un engraissement rapide (12 kg. 1/2 en 1 mois). Le MB est abaissé de 12,8 pour 100. On trouve une éosinophilie de 4 pour 100 avec neutropénie, signes considérés comme témoins de lésions hypophysaires. L'enfant accuse des symptômes fonctionnels: polydypsie, polyurie, céphalée, fatigue.

Psychiquement on note de la lenteur et une remarquable indifférence, elle est plus gaie qu'auparavant, moins renfermée et travaille mal.

Traitée par l'opothérapie pré-hypophysaire, l'enfant a été notablement améliorée physiquement et intellectuellement. En particulier, on a constaté un changement de caractère et de personnalité: réapparition de l'initiative, affectivité et sensibilité nettement accrues. Ces relations entre l'hypophyse antérieure et le psychisme sont intéressantes à noter.

G. Dreyfus-Sée.

R. Stadtmeister. ***L'importance de la ponction sternale dans le diagnostic des anémies secondaires*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **63**, nº 45, 5 Novembre 1937, p. 1681-1686). — Au cours des anémies secondaires consécutives à de petites hémorragies répétées, lorsque le rétablissement de la formule rouge tarde, après cessation du saignement, on note dans la moelle osseuse des modifications caractérisées par une élévation modérée des normoblastes qui demeurent cependant encore en deçà du chiffre des leucocytes.

L'élévation du taux normoblastique médullaire s'observe aussi après une hémorragie unique importante tandis que l'image sanguine demeure anormale et le taux de l'hémoglobine sanguine abaissé.

Le déclanchement de cette hyperproduction médullaire normoblastique est provoqué par l'abaissement de l'hémoglobinémie et non par la diminution des érythrocytes, car l'augmentation des globules rouges n'arrête pas le phénomène tant que le taux d'hémoglobine reste faible.

Il faut différencier de cette augmentation modérée des normoblastes la vraie crise normoblastique médullaire caractérisée par l'augmentation brusque et excessive de leur nombre suivie d'une chute rapide jusqu'à la normale, phénomène comparable à la crise réticulocytaire provoquée par hépatothérapie. Cette crise normoblastique médullaire, liée à l'accroissement de l'hémoglobine sanguine, se produit lorsque la régénération de la formule rouge se fait rapidement et spontanément après une hémorragie.

Dans les anémies secondaires d'origine infectieuse ou toxique, la réaction médullaire normoblastique est habituellement absente.

Par conséquent, ce phénomène possède une valeur pronostique importante puisqu'il témoigne d'une capacité de régénération alors que l'image sanguine ne présente aucun symptôme de lutte.

Même durant l'acmé de la crise normoblastique on n'observe pas de passage de ces éléments dans la circulation. Leur apparition dans le sang ne doit donc pas être considérée comme le signe d'une régénération rapide, mais au contraire comme le témoignage d'une altération spéciale de la fonction médullaire.

G. Dreyfus-Sée.

Dietrich et **Œttel**. ***Traitement des maladies hémorragiques par la pectine*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **63**, n° 45, 5 Novembre 1937, p. 1690-1694). — L'étude clinique de l'action de la pectine sur l'arrêt des hémorragies montre que cette substance exerce une influence sur toutes les phases du mécanisme hémostatique.

Le temps de coagulation est raccourci, les thrombocytes augmentent, la durée du temps de saignement est diminuée. Il ne peut donc s'agir que d'une action très générale et non spécifique exercée par la pectine.

En tout cas, cette substance constitue une acquisition précieuse pour le traitement des affections hémorragiques.

G. Dreyfus-Sée.

Gsell. ***Méningite séreuse au cours de la fièvre ganglionnaire de Pfeiffer (Mononucléose infectieuse)*** [*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **63**, n° 47, 19 Novembre 1937, p. 1759-1762]. — Des observations de méningites lymphocytaires bénignes ont été relatées au cours de nombreuses affections et en particulier dans les maladies dues à des virus.

G. a observé des signes méningés dans 3 cas de fièvres ganglionnaires typiques s'accompagnant de la mononucléose caractéristique de l'affection. Dans le premier cas, chez un jeune homme de 17 ans, les modifications sanguines et céphalo-rachidiennes ne sont apparues que dans le cours de la 2e semaine de maladie.

Dans le 2e cas, chez un jeune homme de 22 ans, la fièvre élevée, les adénopathies et l'examen du sang avaient permis d'affirmer la maladie de Pfeiffer depuis plusieurs semaines, mais les modifications sanguines spécifiques, de même que les altérations céphalorachidiennes, ne sont apparues que pendant la période de régression. Des signes objectifs transitoires de névrose optique ont été également d'apparition tardive.

La 3e observation présente comme caractère spécial la prédominance nette des neutrophiles dans le liquide lombaire.

G. Dreyfus-Sée.

ARCHIV FUR KREISLAUFFORSCHUNG
(Dresde et Leipzig)

W. Raab. ***Surrénales et angine de poitrine*** (*Archiv für Kreislaufforschung*, t. **1**, nos 7-8, Octobre 1937, p. 255-286). — Se basant sur l'étude critique de nombreux faits cliniques et expérimentaux, R. estime que les douleurs typiques de l'angine de poitrine, exception faite de celles qui accompagnent l'occlusion aiguë des coronaires et quelques autres formes plus rares, sont provoquées par des décharges non seulement pathologiques, mais encore et plus souvent physiologiques, d'adrénaline agissant sur le myocarde moins irrigué du fait de la sclérose coronarienne.

Cette opinion se trouve confirmée par les heureux résultats obtenus dans 20 cas d'angine de poitrine typique, traités par la radiothérapie surrénale, méthode préconisée jadis par Cottenot contre l'hypertension artérielle, et pratiquement dépourvue d'inconvénients chez l'homme. Cette thérapeutique ferait cesser les décharges brutales d'adrénaline dans la circulation. Dans la plupart des cas, les accès diminuèrent d'intensité et de fréquence et disparurent même, tandis que le malade redevenait capable de se mouvoir et de travailler. Un seul échec fut observé dans une angine de poitrine datant de vingt-trois ans. La pression artérielle, normale d'ailleurs chez plusieurs malades, ne fut pas modifiée de façon caractéristique. L'amélioration se produisit de façon assez subite, après un temps de latence variable, ce qui correspond aux constatations de Cottenot sur l'apparition des modifications histologiques chez les animaux irradiés.

Il s'agit donc pour R. d'une thérapeutique étiologique très efficace qui offre l'avantage d'être d'un maniement facile et d'exercer une action durable. En cas d'échec d'une première série d'irradiations, on doit refaire une nouvelle série au bout de trois semaines d'interruption.

P.-L. Marie.

BRUNS' BEITRAGE ZUR KLINISCHEN CHIRURGIE
(Berlin)

Fehr et **Meier** (Zurich). ***Sur l'intervention chirurgicale dans les fractures de la base du crâne*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **166**, n° 2, 15 Septembre 1937, p. 177-200). — L'intéressant article de F. et M. envisage principalement l'étude de trois complications infectieuses qui peuvent survenir dans l'évolution des fractures de la base du crâne et essaie d'en dégager les indications thérapeutiques.

Ce travail est basé sur l'étude de 417 cas de fractures de la base du crâne observés à la Clinique de Clairmond. La mortalité globale a été de 32,4 pour 100; ce chiffre peut paraître faible et F. et M. font remarquer qu'il ne faut point oublier que, suivant les statistiques, 30 ou 70 pour 100 des blessés atteints de fractures de la base du crâne meurent avant d'arriver à un centre chirurgical et souvent par suite d'autres lésions surajoutées à ces fractures. 32 cas opérés ont donné une mortalité de 81 pour 100, alors que 385 cas non opérés n'ont donné qu'une mortalité de 28,3 pour 100. L'abstention opératoire paraît donc, dans l'ensemble, supérieure au traitement chirurgical et cette donnée classique mérite d'être conservée. Le traitement non sanglant a consisté en ponctions lombaires ou de la grande citerne, injections intraveineuses d'urotropine et de sérum glucosé: 40 à 100 cmc d'une solution variant entre 20 et 40 pour 100. Sur les 135 cas mortels (26 opérés et 109 non opérés) la mort est survenue en général très rapidement dans les quarante-huit premières heures: 81 le premier jour et 23 le deuxième jour; il est vraisemblable qu'aucun traitement médical ou chirurgical n'aurait pu guérir ces malades. La question intéressante est celle des complications infectieuses qui ont été notées dans 21 cas dont 18 méningites précoces: 16 cas traités par l'abstention avec 14 morts et 2 guérisons; 2 cas opérés sont morts. 2 cas de méningites tardives traités par l'abstention sont morts; 1 cas d'abcès intracranien opéré et guéri. F. et M. essaient alors de dégager de cette statistique les cas dans lesquels il est légitime d'intervenir pour éviter l'apparition de ces complications infectieuses. Dans les fractures de l'étage antérieur l'intervention est indiquée quand des complications infectieuses paraissent se manifester du côté des cavités nasales; dans les fractures de l'étage moyen il faut en règle s'abstenir s'il s'agit d'une fracture longitudinale du rocher, alors qu'au contraire les complications infectieuses sont beaucoup plus à redouter dans les fractures transversales qui légitiment l'intervention.

J. Sénèque.

Hertel. ***Lymphadénite mésentérique*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **166**, n° 2, 15 Septembre 1937, p. 231-263). — Parmi les syndromes abdominaux de diagnostic encore imprécis, il faut citer les lymphangites et lymphadénites mésentériques sur lesquelles Haisser a le premier en 1923 attiré l'attention. H. en rapporte dans cet article les cas suivants:

1° Un enfant de 3 ans toujours bien portant est pris de douleurs abdominales sans vomissements avec légère contracture dans la fosse iliaque droite. La température est à 37°5, le pouls à 100, la leucocytose à 13.500. L'examen du rhino-pharynx est négatif. Dans les jours suivants les signes se modifient peu, sauf le nombre de globules blancs qui tombe à 8.300. On intervient avec le diagnostic d'appendicite et on pratique une appendicectomie: L'appendice a une longueur de 8 cm., non enflammé, libre; il existe en même temps dans l'angle iléo-cæcal de nombreux ganglions ayant le volume d'un haricot ou d'une cerise; on en prélève 2 dans un but biopsique. L'examen anatomopathologique n'a permis de découvrir aucune lésion sur les coupes de l'appendice, alors qu'au contraire on a pu déceler de véritables petits abcès au niveau des ganglions avec présence de staphylocoques blancs. Guérison.

2° Homme de 24 ans; le début des phénomènes douloureux commence dans la fosse iliaque droite et se généralise ensuite à tout l'abdomen; la température est à 37°4, le pouls à 100, le chiffre des leucocytes: 9.200. On intervient avec le diagnostic d'appendicite aiguë. Il existe une légère inflammation de la pointe de l'appendice avec atteinte de la séreuse et volumineuse adénopathie iléo-cæcale. Appendicectomie et prélèvement de trois ganglions. L'examen anatomopathologique n'a montré au niveau de l'appendice que des lésions chroniques et une simple hyperplasie lymphoïde sans présence de germes microbiens.

3° Un homme de 30 ans présente un syndrome abdominal douloureux qui se calme d'abord et reprend ensuite au bout de trois semaines. La température à 38°8, pouls à 115, polynucléose à 14.000. Les phénomènes abdominaux sont surtout accentués à gauche de l'ombilic, moins marqués dans la fosse iliaque droite, tandis que le toucher rectal permet de percevoir à la partie haute et droite du Douglas une adénopathie douloureuse. On pose le diagnostic d'adénopathie mésentérique et le malade est traité médicalement avec des injections intraveineuses de « prontosil » et l'irradiation de l'abdomen. L'examen radiographique pratiqué dans la suite est en faveur de phénomènes inflammatoires au niveau de l'ilion. Non opéré.

4° Le quatrième cas, plus complexe, concerne un homme de 37 ans qui présentait un ulcère de la région pyloro-duodénale traité par simple gastro-entérostomie. Deux mois après environ survient un syndrome épigastrique douloureux, sans contracture, avec une température à 39°5 et une polynucléose d'abord à 13.200, puis à 19.000 dans les jours suivants. On pense soit à une perforation couverte, soit à un abcès au niveau de la bouche de gastro-entérostomie. Intervention: digastro-entérostomie et gastrectomie Billroth II: ni abcès, ni ulcus, mais volumineuse adénopathie dans la racine du mésentère en rapport probable avec des lésions de jéjunite; l'examen anatomo-pathologique n'a montré que des lésions chroniques au niveau des ganglions prélevés. Guérison.

5° Dans le dernier cas enfin, il s'agit d'une petite fille de 12 ans qui présente au cours d'une scarlatine de violentes douleurs dans le bas-ventre avec vomissements et contracture abdominale à prédominance droite. A l'intervention on découvre un exsudat purulent dans le Douglas; l'appendice libre est néanmoins enlevé. Drainage. Mort le lendemain. L'examen du pus a montré l'existence de streptocoques dans l'exsudat et l'autopsie a montré une volumineuse adénopathie avec perforation des ganglions de la région iléo-cæcale.

A propos de ces cinq observations, H. fait une revue générale sur les adénopathies mésentériques qui peuvent être primitives ou secondaires, aiguës ou chroniques, et se montrent par conséquent dans une série d'affections de caractères bien différents

J. Sénèque.

Binhold. ***Contribution à l'étude de la hernie diaphragmatique à propos de cinq cas observés*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **166**, n° 2, 15 Septembre 1937, p. 263-273). — B. publie dans cet article 5 observations inédites de hernies

diaphragmatiques : 1 cas post-traumatique après une blessure de guerre et 4 cas d'origine congénitale. Dans tous ces cas le siège était à gauche; dans le premier cas il y avait à la fois hernie de l'estomac et du côlon transverse; dans les 3 cas suivants, hernie de l'estomac; dans le cinquième cas enfin, il s'agissait d'une hernie considérable puisque tous les organes abdominaux, à l'exception du foie, du côlon sigmoïde et du rectum, se trouvaient dans l'hémithorax gauche; les organes herniés comprenaient donc dans ce cas: l'estomac, la totalité du grêle, la plus grande partie du gros intestin, la rate et le pancréas. Dans les 4 premiers cas l'intervention a eu lieu par la voie thoracique, dans le dernier cas, par la voie abdominale. Le premier malade est mort d'infection, un malade a présenté une récidive (n° 2), 3 malades ont été guéris par l'intervention.

B. insiste sur la fragilité des symptômes cliniques, l'importance primordiale de la radioscopie et radiographie. Discutant ensuite les indications opératoires et les diverses voies d'accès, il se déclare partisan de la voie thoracique sous narcose à hyperpression avec résection de la 9° côte. La voie thoracique paraît préférable à B. car seule, elle permet de se rendre compte des adhérences qui peuvent exister au niveau des organes herniés, de pouvoir ensuite les libérer sous le contrôle direct de la vue. Dans les cas où le diaphragme ne pourrait être facilement suturé, on aura recours soit à des greffes libres, soit à des greffes pédiculées.

J. Sénèque.

DER CHIRURG
(Berlin)

Friedreich (Ulm). ***Diagnostic du kyste hydatique multiloculaire, en particulier par la radiographie*** (*Der Chirurg*, an. 9, n° 22, 15 Novembre 1937, p. 844-849). — Après avoir rappelé les difficultés que comporte le diagnostic de l'échinococcose alvéolaire, à cause de l'absence de signes cliniques pathognomoniques, de l'inconstance des réactions sérologiques, F. insiste sur l'intérêt de l'examen radiologique et décrit minutieusement les aspects radiographiques de cette affection: petites calcifications, opacités de forme irrégulière dont le centre est plus sombre que les bords, taches calcaires à bords nets, plus rarement grosses taches formant des images annulaires ou discoïdes.

F. attache une très grande importance à ces signes qu'il a rencontrés 4 fois sur 5 cas.

J.-Ch. Bloch.

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT
(Leipzig)

Berggreen et **Schüler**. ***La localisation du zona*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. **106**, n° 8, Février 1938, p. 216-219). — Pendant les années 1920 à 1935, B. et S. ont observé 2.014 cas de zona sur 253.700 malades (0,79 pour 100).

Ces 2.014 cas de zona siégeaient non seulement sur un seul segment, mais sur 2 ou plusieurs segments du corps, parfois 2 segments non voisins (Z. double), si bien qu'en se basant sur la localisation sur les divers segments du corps, on arrive au total de 2.510 localisations, 1.389 hommes et 1.121 femmes.

Chez l'homme, les segments du corps les plus fréquemment atteints furent celui de l'ophtalmique (10,8 pour 100), de la 3° cervicale (9,9 pour 100), de la 3° dorsale (6,2 pour 100), 4° dorsale (5,5 pour 100), 8° dorsale (4,7 pour 100), 12° dorsale (4,4 pour 100), puis viennent les territoires du maxillaire supérieur, 1re et 2° cervicales, etc.

Chez la femme, on note par ordre de fréquence la zone de l'ophtalmique (9,9 pour 100), 3° cervicale (9,5 pour 100), 5° dorsale (8,1 pour 100), 4° dorsale (7,7 pour 100), 3° dorsale (6,1 pour 100), 6° dorsale (5,8 pour 100), puis viennent la 7° dorsale, le maxillaire supérieur, la 2° dorsale, la 3° lombaire, etc.

Si nous réunissons plusieurs racines ensemble, nous voyons que le trijumeau et C 1-2 donnent un pourcentage de 20,9 chez l'homme, 16,7 chez la femme; C 3-4: 16,1 et 14,6 pour 100; C 5-8: 7,3 et 6,6 pour 100; D 1-3: 10.6 et 11,2 pour 100; D 4-8: 19,5 et 29,9 pour 100; L 1-3: 8,5 et 8,2 pour 100; L 4-5: 0,5 et 1 pour 100; S 1-4: 2,1 et 2,4 pour 100.

Les côtés atteints sont sensiblement identiques: le territoire du trijumeau droit donne 17,8 pour 100 contre 17,9 pour 100 à gauche; le territoire cervical: 26,1 pour 100 à droite et 24,7 pour 100 à gauche; le territoire dorsal: 44,1 pour 100 à droite et 45,1 pour 100 à gauche; le territoire lombaire: 9,3 pour 100 à droite et 10,1 pour 100 à gauche et enfin le territoire sacré: 2.7 pour 100 à droite et 2.2 pour 100 à gauche.

R. Burnier.

ZENTRALBLATT für INNERE MEDIZIN
(Leipzig)

G. Albus. ***Le phénomène de Shwartzman et son importance dans la pratique médicale*** (*Zentralblatt für innere Medizin*, t. **58**, n° 40, 2 Octobre 1937, p. 801-811). — Rappelons le principe du phénomène de Shwartzman. Si l'on injecte 0 cm³ 25 d'un filtrat de culture microbienne dans le derme d'un lapin (dose préparante), puis 24 heures plus tard une petite quantité du même filtrat dans les veines (dose déclenchante), il se produit au bout de 3 à 4 heures au niveau de l'injection intradermique une réaction hémorragique et nécrotique grave, parfois suivie de mort. Fait important, la réaction peut être provoquée par un filtrat de culture d'espèce microbienne différente de celle qui a servi pour l'injection préparante. On ne peut donc parler d'anaphylaxie.

A. cherche, en précisant nos notions sur le facteur préparant, sur le facteur déclenchant et sur la réaction hémorragique, à pénétrer la nature et le mécanisme de ce phénomène. Malgré toutes les recherches entreprises, il est forcé d'avouer que le plus grand mystère subsiste. On ne peut guère admettre qu'il s'agit d'une réaction entre antigène et anticorps, ni que les facteurs humoraux jouent le même rôle ici que dans l'anaphylaxie.

Ce phénomène a-t-il quelque valeur en pratique médicale? Chez l'animal on peut dire que la réaction hémorragique augmente l'activité des moyens de défense locaux contre l'infection. Mais il est difficile de transposer chez l'homme les faits observés chez les animaux. On ne trouve que très rarement réalisées chez lui des conditions correspondant au protocole expérimental. Les exemples invoqués (production de foyers hémorragiques et nécrotiques chez les typhiques dans les régions cutanées baignées par l'urine; réinflammation d'endroits ayant réagi positivement chez des sujets allergiques aux pollens, lorsqu'on pratique une injection subséquente thérapeutique de pollen) demeurent discutables.

Toutefois, si l'on admet que le phénomène de Shwartzman peut également se dérouler dans les viscères, son domaine chez l'homme s'étend. On a pensé que certains types d'appendicite gangreneuse d'emblée et de néphrite aiguë hémorragique s'apparentent à ce phénomène; mais il est difficile de fournir la preuve de l'intervention d'un facteur préparant et d'un facteur déclenchant. En tout cas, le rein semble être l'organe le plus favorable pour démontrer l'existence d'un phénomène de Shwartzman chez l'homme, mais rien ne permet de dire qu'il doive se manifester chez lui par une réaction hémorragique et nécrotique. Il est probable qu'il peut se traduire aussi par une infiltration inflammatoire et une aggravation des affections s'accompagnant d'une prolifération du tissu conjonctif. De toute façon, on ne saurait admettre actuellement que ce phénomène joue un rôle utile chez l'homme en renforçant les moyens de défense.

P.-L. Marie.

THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES
(Philadelphie)

W. B. Castle, C. W. Heath, M. B. Strauss et **R. W. Heinle**. ***A propos du rapport étiologique entre l'achylie gastrique et l'anémie pernicieuse. Siège de l'interaction entre le facteur alimentaire (extrinsèque) et le facteur gastrique (intrinsèque). Echec de l'incubation « in vitro » dans la production d'un principe hématopoïétique thermostabile*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. **194**, n° 5, Novembre 1937, p. 618-625). — On sait que l'ingestion de suc gastrique normal humain (facteur intrinsèque) et de muscle de bœuf (facteur extrinsèque) produit les mêmes effets que l'administration de foie dans l'anémie pernicieuse. On en a conclu que le principe actif du foie du sujet normal est formé par l'interaction entre des facteurs gastriques et l'aliment, mais on ignore où et comment cette transformation se produit dans l'organisme.

Pour préciser si un changement dans la réaction du segment supérieur du tube digestif influence l'activité hématopoïétique des mélanges de muscle de bœuf et de suc gastrique, W. B. C., C. W. H., M. B. S. et R. W. H. ont extrait le repas de viande donné à un sujet normal au bout d'une heure, puis l'ont mis à l'étuve à 37° pendant six ou trente heures, enfin ont ajusté son pH entre 1,8 et 2,5 et l'ont fait ingérer à des anémiques pernicieux. Avec ce degré d'acidité on ne nota aucun effet sur l'hématopoïèse, tandis qu'avec un pH ajusté entre 5 et 7 l'activité hématopoïétique se manifestait. Comme les résultats négatifs donnés par les mélanges acides ne peuvent être attribués à la destruction du facteur intrinsèque, il est probable que le milieu acide ne convenait pas à l'interaction essentielle entre le muscle de bœuf et le suc gastrique. Puisque l'effet inhibiteur du milieu acide est limité au tube digestif, c'est que normalement l'interaction essentielle entre les facteurs intrinsèque et extrinsèque aboutissant à la production du principe hématopoïétique a lieu dans l'intestin plutôt qu'en dehors de lui.

Toutefois, on ne put arriver à obtenir *in vitro* une substance ressemblant par sa thermostabilité au principe hématopoïétique des extraits bruts de foie, en mettant en présence à l'étuve pendant deux heures à pH 7 du muscle de bœuf soit avec du suc gastrique normal humain, soit avec du suc gastrique et ensuite du contenu duodénal humain, soit avec du suc gastrique normal humain et ensuite de la muqueuse duodénale et intestinale de porc.

En dépit du manque de preuve d'effets spécifiques *in vitro*, il reste possible que le facteur gastrique intrinsèque soit un enzyme actif au voisinage de pH 7, mais inactif à un pH inférieur à 2,5. Sa fonction semblerait être de produire un précurseur du principe actif thermostabile de l'extrait de foie.

P.-L. Marie.

S. R. Townsend, E. Massie et **R. H. Lyons**. ***Recherches sur l'anémie des glomérulo-néphrites chroniques; ses rapports avec l'acidité gastrique*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. **194**, n° 5, Novembre 1937, p. 636-645). — T., M. et L. ont repris l'étude de l'anémie des néphrites chroniques en s'adressant à des techniques hématologiques précises et uniformes. Avec

Wintrope ils distinguent 4 types d'anémie : macrocytaire, normocytaire, microcytaire simple, microcytaire hypochrome.

Ils ont constaté que l'anémie des glomérulonéphrites chroniques est de type normocytaire.

L'anémie devient manifeste avec l'apparition de l'insuffisance rénale et elle augmente avec le degré de la rétention azotée.

En même temps que l'anémie progresse, on constate une diminution de l'acidité gastrique. On rencontre une anachlorhydrie complète quand la teneur du sang total en CO^2 (bicarbonate du plasma) tombe au-dessous de 30 vol. pour 100. Browne a montré que chez le chien l'excitation des nerfs ne réussit plus à déclencher au-dessous de ce taux une sécrétion d'acide libre.

Il n'existe pas chez ces malades d'indices hématologiques en faveur d'une insuffisance des tissus hématopoïétiques. L'activité érythropoétique de la moelle, à en juger par les coupes, semblait normale ou même augmentée.

T., M. et L. discutent les rapports entre l'insuffisance rénale, l'acidité gastrique et l'anémie. Leurs recherches semblent indiquer qu'il y a une corrélation entre la diminution de la fonction rénale, le développement d'une anémie normocytaire et le développement d'une hypochlorhydrie ou d'une anachlorhydrie gastrique. L'hypochlorhydrie, en entravant le métabolisme correct des aliments et l'absorption du fer, produirait indirectement une insuffisance des matériaux destinés à l'élaboration des hématies en quantité suffisante et à la production de l'hémoglobine. Tout en ne pouvant pas établir avec certitude le facteur étiologique responsable de la production de l'anémie de la glomérulonéphrite chronique, T., M. et L. indiquent les raisons de sa persistance et de sa résistance à la thérapeutique.

P.-L. Marie.

R. B. Bettman et **G. Lichtenstein.** ***Résultats éloignés de la cholécystectomie*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. **194**, n° 6, Décembre 1937, p. 788-794). — B. et L. ont pratiqué la cholécystectomie de 1930 à 1935 chez 239 malades d'hôpital, dont 31 hommes et 208 femmes; 63 pour 100 avaient de 31 à 50 ans. Qu'il s'agît d'affections calculeuses ou non, la douleur au niveau de la région supérieure droite de l'abdomen était la manifestation la plus fréquente.

17 malades avaient déjà subi une cholécystectomie, dont 8 avaient obtenu un soulagement durant moins de trois ans.

La mortalité générale fut de 4,2 pour 100. Parmi les 33 cas où l'on fit, outre la cholécystectomie, un drainage du cholédoque, la mortalité s'éleva à 12 pour 100, ce qui donne une mortalité de 2,9 pour 100 pour les malades ayant subi une simple cholécystectomie. Ce chiffre englobe tous les cas, sans tenir compte de l'âge, du caractère aigu des lésions vésiculaires, des décès par insuffisance cardiaque, ni des autres événements post-opératoires imprévus.

Parmi les 110 patients ayant une vésicule calculeuse suivis pendant plus d'un an, 55 pour 100 furent guéris de leurs symptômes; 27 pour 100 furent soulagés; 18 pour 100 ne furent pas améliorés; soit 82 pour 100 de guérisons ou d'améliorations opératoires.

Parmi les patients ayant des vésicules non calculeuses, 58 furent suivis; 45 pour 100 furent complètement débarrassés de leurs symptômes; 22 pour 100 furent améliorés; 33 pour 100 ne furent pas soulagés.

Les meilleurs résultats furent observés dans les cas où il existait des calculs. En outre, plus les symptômes étaient accusés, plus la guérison opératoire offrit de chances d'être obtenue.

En examinant la littérature, on constate de larges variations dans les résultats rapportés et des contradictions flagrantes dans le pourcentage des guérisons. Une chose cependant semble certaine, c'est que tout n'est pas pour le mieux dans la chirurgie de la vésicule biliaire. B. et L. pensent que l'étude suivie et soigneuse de grandes séries de patients opérés pour des affections bénignes des voies biliaires permettrait d'établir de meilleurs critères pour sélectionner les malades chez lesquels les résultats justifieraient les risques opératoires.

P.-L. Marie.

L. J. Boyd et **S. C. Werblow.** ***Thrombose coronarienne sans douleur*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. **194**, n° 6, Décembre 1937, p. 814-824). — Des cliniciens connus ont déjà indiqué que la thrombose coronarienne non accompagnée de douleur est presque aussi fréquente que les accidents dramatiques douloureux. Mais on ne peut reprocher à leur estimation, basée sur des autopsies, de n'avoir pas tenu assez compte de la gravité de l'état des patients qui ne permettait pas une enquête précise sur les phénomènes douloureux. Les faits relatés par B. et W. échappent à cette critique. Dans les 7 cas rapportés, une enquête complète put être faite. Parmi ces 7 malades il y avait 3 femmes, ce qui montre la fréquence grandissante de la thrombose coronarienne dans le sexe féminin. Malgré l'importance de la clientèle noire de l'hôpital, il n'y avait qu'un métis.

La plupart de ces malades étaient des cardiaques avérés et avaient présenté des troubles hyposystoliques pendant des semaines ou des années. Toute augmentation soudaine, inexplicable, des phénomènes hyposystoliques chez de tels sujets doit faire soupçonner une thrombose coronarienne qui, chez eux, se produit ordinairement sans douleurs. B. et W. rapportent ici 2 cas de ce genre. Un autre des patients avait éprouvé une violente sensation de suffocation, mais aucune douleur; plusieurs, un vertige intense, souvent associé à des périodes d'inconscience. Dans un cas la thrombose s'accompagna de symptômes du tube digestif, rappelant une perforation d'ulcère.

Si l'on pense à la possibilité d'une thrombose coronarienne peu douloureuse, on arrivera en général assez facilement à établir ce diagnostic, grâce à l'électrocardiogramme. Les erreurs de diagnostic ont été commises surtout chez les sujets âgés ayant une cardiopathie artérioscléreuse avec hypertension.

B. et W. pensent que la thrombose coronarienne sans douleur est plus fréquente qu'on le croit et que les cas bénins sont plus communs que les cas mortels relatés par eux. L'état des plexus nerveux péricoronariens serait important à préciser en pareil cas.

P.-L. Marie.

W. A. Sodeman et **G. E. Burch.** ***La pression tissulaire dans l'œdème sous-cutané*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. **194**, n° 6, Décembre 1937, p. 846-850). — S. et B. ont déterminé directement la pression intratissulaire, au moyen d'une aiguille reliée à un manomètre à eau muni d'un dispositif spécial. Ils se sont adressés à 23 sujets porteurs d'œdèmes variés en voie de développement. La ponction fut faite dans la région prétibiale. Chez tous ces patients, sauf un, atteint d'œdème post-opératoire du pied, quelle que fût la cause de l'œdème, la pression intratissulaire se montra augmentée, allant de 47 à 338 mm. d'eau, variant avec l'état de l'œdème (phase, étendue).

La pression tissulaire semble être un facteur de la régulation des échanges de liquide entre les vaisseaux sanguins et les espaces tissulaires. Son importance s'accroît avec l'accumulation du liquide interstitiel.

Le niveau auquel peut s'élever la pression tissulaire dépend de l'interaction de trois facteurs au moins : l'augmentation de la filtration à travers la membrane capillaire; la faculté qu'ont de se distendre les tissus voisins; la vitesse avec laquelle s'évacue le liquide interstitiel, par les lymphatiques, par exemple.

P.-L. Marie.

ARCHIVES OF DERMATOLOGY AND SYPHILOLOGY (Chicago)

M. Rayner Caro. ***Le traitement du pemphigus par le sulfanilamide*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. **37**, n° 2, Février 1938, p. 196-197). — On sait que le sulfanilamide a été préconisé contre les infections streptococciques : angine, septicémie puerpérale, érysipèle et contre les affections méningococciques et gonococciques.

Welsh ayant, dans un cas de pemphigus, isolé un streptocoque, R. eut l'idée d'employer le sulfanilamide dans 2 cas de pemphigus.

Un diabétique de 52 ans avait des bulles disséminées sur le thorax et la tête depuis trois semaines. On prescrivit 30 *cg.* de sulfanilamide par la bouche, 4 fois par jour, sans traitement local. Les lésions cutanées s'épidermisèrent rapidement.

Une femme de 55 ans, atteinte de pemphigus grave généralisé depuis un an, était soignée sans résultat depuis neuf mois ; elle était presque moribonde. On prescrivit, sans autre traitement, 6 fois par jour 60 *cg.* de sulfanilamide, chaque dose étant suivie de 90 *cg.* de bicarbonate de soude. La malade ayant eu de la fièvre le lendemain, on réduisit la dose à 60 *cg.*, 5 fois par jour ; la température redevint normale ; aucune lésion nouvelle n'apparut et les anciennes s'épidermisèrent. La dose fut réduite à 30 *cg.*, 5 fois par jour ; l'amélioration fut rapide.

On ne peut conclure rien de définitif de ces 2 observations, dont le recul n'est pas suffisant, les malades pouvant avoir eu une rémission spontanée coïncidant avec l'administration du médicament. De nouvelles recherches s'imposent donc.

R. Burnier.

Davidson et **Pirt.** ***Le bisulfate de quinine comme désensibilisant dans le traitement du lupus érythémateux*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. **37**, n° 2, Février 1938, p. 247-253). — Sur 89 cas de lupus érythémateux, 29 furent examinés au point de vue d'une tuberculose possible : 10 (groupe 1) ne montrèrent aucun signe de tuberculose héréditaire ni acquise, 19 (groupe 2) montrèrent quelques signes de tuberculose.

D. et P. signalent que le lupus érythémateux est plus fréquent entre 20 et 30 ans, que les femmes sont plus souvent atteintes (65 pour 100) que les hommes (35 pour 100), que le lupus érythémateux subit une influence saisonnière, qu'il est plus fréquent aux mois de Mars-Avril et de Juillet, enfin que les applications de rayons ultra-violets sont dangereuses.

Les 29 malades furent soumis à un traitement interne de 32 *cg.* de sulfate de quinine, 3 fois par jour après les repas et localement à un traitement de protection par des pommades et des lotions à la quinine. Les résultats obtenus furent les suivants :

Groupe 1 : 8 guérisons, 0 échec, 2 malades perdus de vue.

Groupe 2 : 11 guérisons cliniques, 5 échecs, 3 perdus de vue.

D. et P. concluent que le sulfate de quinine a une grande action sur le lupus érythémateux, surtout au stade érythémateux, quand la réaction tuberculinique est négative. Le bisulfate de quinine est plus actif que le sulfate, du fait de son plus grand pouvoir désensibilisant.

R. Burnier.

N. Epstein. ***La fièvre artificielle comme adjuvant dans le traitement de la neurosyphilis*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. **37**, n° 2, Février 1938, p. 254-266). — On peut obtenir la fièvre artificielle de diverses manières : malariathérapie ou virus du sodoku et de la fièvre récur-

rente, injections de vaccins antityphiques ou paratyphiques, injections d'huile soufrée, ou bien simples méthodes physiques : diathermie, bains chauds, chambres chaudes (blanket method).

C'est cette dernière méthode qui, associée à certains médicaments, tryparsamide, salicylate de Bi, a été employée chez 87 malades : 17 démences paralytiques, 17 formes tabétiques de la démence paralytique, 23 tabès, 20 neurosyphilis asymptomatiques et 10 syphilis méningovasculaires.

Au point de vue des résultats cliniques, on observa chez 17 PG 7 rémissions complètes, 5 améliorations modérées, 3 améliorations légères et 2 échecs ; sur 17 formes tabétiques de la PG, on nota 8 résultats excellents, 4 améliorations modérées, 4 améliorations légères, 1 échec.

Le Wassermann du liquide céphalo-rachidien devint négatif ou très amélioré dans 73,4 pour 100 des cas ; la courbe de l'or colloïdal devint normale ou améliorée dans 77 pour 100 ; le nombre des cellules redevint normal dans 95 pour 100 ; les protéines et globulines normales ou améliorées dans 74 pour 100.

Le Wassermann et le Kahn du sang furent moins bien influencés que ceux du liquide céphalo-rachidien.

R. Burnier.

ARCHIVES OF NEUROLOGY AND PSYCHIATRY (Chicago)

A. T. Milhorat et **H. C. Wolff.** ***Etudes sur les maladies des muscles. Métabolisme de la créatine et de la créatinine dans la dystrophie musculaire progressive*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. **38**, n° 5, Novembre 1937, p. 992-1025). — Les affections qui touchent les muscles striés s'accompagnent habituellement de créatinurie, même quand les malades sont à un régime sans créatine. La créatinurie s'accompagne d'une diminution de l'excrétion de la créatinine, témoignant d'un abaissement de la tolérance à la créatine.

Dans la dystrophie musculaire progressive, le taux souvent considérable de la créatine excrétée est proportionnel au degré d'atteinte des fibres musculaires. A une étape avancée le taux de la créatine excrétée peut égaler celui de la créatine ingérée.

L'ingestion d'acides aminés augmente souvent la créatinurie et diminue la tolérance à la créatine.

L'effet des acides aminés sur le métabolisme de la créatine dans les altérations musculaires, comme on en peut juger par la créatinurie et la tolérance à la créatine, est hors de proportion avec l'action des nitrogènes autres que les amino-acides. Il est possible que les acides aminés agissent comme un précurseur de la créatine.

Dans les affections musculaires, le taux de créatine et de créatinine contenu dans les muscles n'est pas constant, et est d'autant plus bas que les muscles sont plus atteints. La créatinurie et la tolérance à la créatine peuvent exprimer dans une certaine mesure le degré des altérations musculaires et le siège des lésions qui les déterminent. La créatinurie est beaucoup moins élevée dans les amyotrophies par lésion du névraxe que dans les maladies propres du muscle.

H. Schaeffer.

ARCHIVES OF SURGERY (Chicago)

Charles Goodman (New-York). ***Les rapports du typhus et de la thrombo-angéite oblitérante.*** (*Archives of Surgery*, vol. **35**, n° 6, Décembre 1937, p. 1126-1144). — Au cours du typhus les manifestations artérielles sont fréquentes et la gangrène des extrémités n'est pas rare. G. s'est attaché avec un soin tout particulier à connaître les rapports de cette affection avec la thrombo-angéite oblitérante et les affections artérielles similaires. Il montre tout d'abord que dans les différentes étiologies possibles de cette affection artérielle, aucun point ne doit être retenu d'une façon absolue, sauf la possibilité d'une origine infectieuse. Ceci posé, il semble que la fréquence du typhus marche parallèlement avec la fréquence de la maladie de Buerger. Pour préciser ce point d'une façon plus nette encore, G. a utilisé une intra-dermo-réaction par introduction de 1 à 2 *cm*³ de vaccin formolé au niveau de la face antérieure de l'avant-bras ; cette intra-dermo-réaction s'est montrée constamment positive au cours du typhus et, d'un autre côté, elle s'est montrée de même constamment positive au cours de la thrombo-angéite oblitérante. Ajoutons que des vaccinations témoins ont été constamment négatives. Il s'agit donc là, semble-t-il, d'un fait qui, tout en méritant peut-être une étude plus grande et plus variée, précise certains points étiologiques de la maladie de Buerger et, en outre, permet dans une certaine mesure d'entrer dans une voie thérapeutique pour cette affection artérielle.

F. d'Allaines.

THE JOURNAL OF THORACIC SURGERY (Saint-Louis)

Edgar W. Philipps. ***Tumeurs xanthomateuses intrathoraciques. Rapport sur deux cas et rappel de trois cas semblables*** (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. **7**, n° 1, Octobre 1937, p. 74-94). — Le groupe des tumeurs thoraciques diversement nommées comprend des tumeurs ayant des caractéristiques communes.

Différentes des xanthomes communs qui ne sont pas primitivement encapsulés, les tumeurs intrathoraciques sont entourées d'une capsule primitive et séparées des tissus environnants.

Elles sont solides et varient entre le volume d'un œuf et celui d'une tête d'enfant. Elles siègent dans la région costo-vertébrale. Elles ont rarement une attache avec la paroi thoracique. La surface de revêtement de la tumeur est jaunâtre, d'où leur appellation de xanthome. En dépit d'une relation avec le sarcome, elles ne se conduisent pas habituellement comme des tumeurs malignes.

A. Maurer.

LA PRENSA MEDICA ARGENTINA (Buenos-Aires)

Spangenberg, L. Munist et **F. Guanini.** ***L'alcoolothérapie intra-rachidienne*** (*La Prensa Medica Argentina*, t. **24**, n° 26, 30 Juin 1937, p. 1298-1307). — S., M. et G. rappellent comment, pour atteindre la racine sensitive isolée de la racine motrice, l'on a substitué aux injections d'alcool paravertébral les injections intra-rachidiennes.

Le malade doit être placé en décubitus latéral, pour éviter la diffusion de l'alcool vers la partie supérieure du canal rachidien, en raison de sa faible densité.

L'aiguille est introduite dans les espaces interépineux. On injecte très lentement un quart de centimètre cube à 1 cmc. Les douleurs s'apaisent quinze minutes après l'injection.

Cette méthode est indiquée dans les algies violentes des névrites périphériques et des cancers.

S., M. et G. l'ont expérimentée chez 2 cobayes : ils ont vérifié la dégénérescence des cellules des ganglions rachidiens.

7 *observations.*

G. d'Heucqueville.

LA SEMANA MEDICA (Buenos-Aires)

R. C. Aguirre, E. J. Saubidet et **E. Smith Burge** (Buenos-Aires). ***Prophylaxie de la rougeole par l'extrait placentaire*** (*La Semana Medica*, t. **44**, n° 44, 4 Novembre 1937, p. 1034-1035). — A., S. et B. rappellent l'intérêt que présenterait une prophylaxie sûre de la rougeole dans certaines circonstances, devant la menace de complications pulmonaires graves, et les résultats obtenus avec le sérum de convalescent.

Mais, en raison des difficultés rencontrées pour se procurer ce dernier, l'on a été conduit à expérimenter *l'extrait* placentaire ou le *sérum* placentaire, préparés à partir du placenta après centrifugation, précipitation et dialyse, puis stérilisation par centrifugation.

Le placenta de femme saine, ayant présenté ou non une rougeole, jouit d'un pouvoir immunisant. On l'injectera moins de cinq jours après la contagion, à la dose de 5 *cm*³ au-dessous de 3 ans, 10, au-dessus.

A., S. et B. rapportent deux observations d'épidémies de rougeole enrayées par cette méthode, chez des nourrissons, respectivement en milieux hospitalier (crèche) et familial.

G. d'Heucqueville.

J. Spilzinger et **J. C. Radice.** ***La maladie de Paget du mamelon*** (*La Semana Medica*, t. **44**, n° 45, 11 Novembre 1937, p. 1073-1087). — Considérations étio-pathogéniques, formant une importante monographie sur la question, avec *bibliographie.*

S. et R. rapportent une observation personnelle de maladie de Paget, apparue chez une femme de 51 ans, à la suite d'une confusion.

Ils rappellent les caractères cliniques de l'affection, qui se distingue assez facilement de l'eczéma et des autres dyskératoses, folliculaire et lenticulaire. La maladie de Paget présente la particularité de ne jamais régresser à la périphérie ni se cicatriser au centre.

Pour certains auteurs, la pathogénie de la maladie de Paget se confond avec la pathogénie des épithéliomas. Mais d'autres soutiennent qu'elle ne représente qu'un type de *nævus* spécialement précancéreux. La conception éclectique, adoptant l'une ou l'autre explication selon les cas, paraît moins défendable.

Dans certains cas toutefois, la maladie de Paget résulterait de l'invasion de la peau par des cellules cancéreuses d'origine lymphatique ou galactophorique.

Histologiquement la cellule de Paget correspond, dès son apparition, à un type cellulaire d'évolution déviée.

L'exérèse, limitée ou large, reste formellement indiquée par la plupart des auteurs Mais, dans nombre de cas, l'on a obtenu la guérison définitive par la neige carbonique, le galvanocautère, la haute fréquence et les applications de radium.

G. d'Heucqueville.

C. F. Gandolfo et **I. R. Sternberg** (Buenos-Aires). ***La lobite tuberculeuse : sa guérison naturelle*** (*La Semana Medica*, t. **44**, n° 45, 11 Novembre 1937, p. 1087-1090). — La lobite tuberculeuse est une forme de localisation pulmonaire nettement limitée à un lobe, d'ordinaire le lobe supérieur droit, qui tend à la guérison spontanée.

G. et S. rapportent l'observation d'une malade de 23 ans, qui, après une hémoptysie, présente à la radiographie une invasion globale d'un lobe, avec une image cavitaire qui se résorbe ensuite spontanément, la zone sus-claviculaire revenant intégralement à son aspect normal.

Il n'y a pas lieu de pratiquer dans de tels cas

une collapsothérapie, alors que la réparation s'opère naturellement avec une hygiène et une diététique convenables.

G. d'Heucqueville.

REVISTA ARGENTINA DE DERMATOSIFILOLOGIA
(Buenos-Aires)

J. May. *La cutiréaction de Frei dans l'induration plastique du pénis* (*Revista argentina de dermatosifilologia*, t. **21**, 3e partie, 1937, p. 356-360). — En 1936, M. avait rapporté un cas d'induration plastique de la verge avec Frei positif.

A la session de l'*Association argentine de dermatosyphiligraphie*, en Août 1937, M. revient sur cette question et rapporte 6 nouveaux cas d'induration du pénis; 4 cas correspondaient exactement à la description de Fournier : nodosités incluses dans les corps caverneux et adhérentes, de grosseur variable ; dans les 4 cas, la réaction de Frei fut trouvée positive.

Dans les 2 autres cas, où l'on notait une zone de sclérose sur un des corps caverneux, avec de nombreuses petites nodosités, la réaction de Frei fut négative.

Dans 3 cas, il existait des antécédents de syphilis, et le traitement antisyphilitique avait échoué.

En résumé, sur 6 cas d'induration plastique du pénis, la réaction de Frei fut trouvée positive dans 66,66 pour 100. Dans les 4 cas qui correspondaient à la description de Fournier, la réaction de Frei fut positive dans 100 pour 100 des cas.

On peut ajouter à ces cas l'observation de Quiroga, publiée dans la même session (p. 565-566), concernant un malade de 51 ans, ancien syphilitique, et ayant une nodosité indurée dans le corps caverneux gauche. Le Frei fut franchement positif.

On peut donc conclure de ces cas que le Frei doit être recherché dans tous les cas d'induration plastique du pénis et que certains cas d'induration paraissent relever de la maladie de Nicolas-Favre.

R. Burnier.

REVISTA MEDICO-QUIRURGICA
(Buenos-Aires)

P. Figuero Casas. *La leucoplasie de la vulve* (*Revista Medico-quirurgica*, t. **5**, n° 17, Juillet 1937, p. 11-75). — Monographie détaillée de cette affection, avec *bibliographie* importante et nombreuses micro-photographies.

La leucoplasie de la vulve, avec ou sans *kraurose*, survient chez la femme entre 50 et 60 ans surtout. L'on a incriminé dans son étiologie l'insuffisance ovarienne, les infections locales, les intoxications générales, et, comme dans l'étiologie du prurit vulvaire, les troubles psychiques de la sexualité.

Stajano soutient une théorie *neurotrophique*, considérant la leucoplasie vulvaire comme la localisation d'une maladie trophique générale, de même que le prurit, le psoriasis, etc. D'autres auteurs lui opposent une théorie endocrino-inflammatoire et une théorie de l'avitaminose A.

Double symptomatologie, *fonctionnelle* (prurit, douleurs du coït, dysurie), et *physique* (modifications morphologiques, rétrécissement de l'orifice vulvaire). Dégénérescence fréquente.

L'anatomie pathologique montre successivement une hyperplasie, puis, avec la kraurose, la régression de l'épiderme.

La thérapeutique comporte les traitements généraux, endocriniens et désensibilisateurs, l'anesthésie des terminaisons nerveuses, les rayons X, la sympathicectomie hypogastrique.

20 *observations.*

G. d'Heucqueville.

A FOLHA MEDICA
(Bahia)

Tolledo Mello (Rio de Janeiro). ***Recherches sur trois formes du genre « Aerobacter »*** (*A Folha Medica*, t. **18**, n° 30, 25 Octobre 1937, p. 533-535). — T. M. avait isolé, en 1935, un « Aerobacter » mobile, qui détermina la fusion de la gélatine en trente jours.

Reprise sur plaque un an plus tard, cette bactérie lui donne des colonies de deux catégories, les premières rugueuses, correspondant à des bactéries mobiles, les autres lisses, correspondant à des bactéries immobiles.

Les deux nouvelles formes déterminent la fusion de la gélatine en quarante à cinquante jours.

Les variantes du même Aerobacter, qui perd ainsi peu à peu ses propriétés gélatinolytiques, diffèrent par leurs caractères de culture des espèces voisines, décrites dans le *Manuel* américain *Bergey*; T. M. se propose de préciser leurs propriétés comme antigènes.

G. d'Heucqueville.

O HOSPITAL
(Rio-de-Janeiro)

Aloysio de Castro. *Valeur des renseignements fournis par l'attitude et la marche dans les lésions du lobe frontal* (*O Hospital*, vol. **12**, n° 2, Février 1938, p. 215-224. — Le dépistage des lésions frontales a fait de grands progrès ces dernières années, et l'étude des symptômes psychiques et neurologiques permet de déceler ces lésions sur le vivant. C'est ainsi qu'attiré par certains troubles psychiques chez un malade, entré pour tout autre chose, C. découvrit une lésion du lobe frontal. Il s'agissait d'un malade âgé de 65 ans, entré dans le service pour une aortite et de l'emphysème pulmonaire. Comme il présente des troubles psychiques, son état nécessite un examen mental. C'est alors que C. observe des troubles de la marche et de la statique : troubles de la manutention en position debout, les jambes sont fléchies, tendance, si on ne maintient pas le malade, à tomber en arrière. Celui-ci marche à petits pas; il existe une inhibition motrice très nette ainsi que des signes d'astasie et d'abasie (fréquents en ces cas). Cette observation est incomplète à cause du décès du malade, survenu quelques jours après, par suite d'une grippe grave.

L'autopsie révéla, quant à l'examen du cerveau, un épaississement des méninges, avec sclérose diffuse, de l'œdème de l'encéphale. Enfin, le lobe frontal est le siège d'une masse d'environ 110 *mm.* de largeur sur 60 *mm.* de profondeur et 50 *mm.* de hauteur. Cette masse comprime fortement le lobe hémisphérique opposé (gauche). Microscopiquement, cette tumeur est du type oligodendrogliomateux.

A propos de ce cas, C. rappelle l'évolution qui s'est faite quant à la conception des localisations des centres, et les théories de l'école moderne (Economo), qui admet que le lobe frontal communique avec l'hémisphère cérébelleux du côté opposé. Ce qui expliquerait, en certains cas, la difficulté du diagnostic différentiel des lésions du lobe frontal d'avec celles du cervelet.

En terminant, C. insiste sur le fait que les lésions du lobe frontal sont, dans l'état actuel de nos connaissances sur cette question, décelables sur le vivant, grâce aux troubles dynamiques et statiques propres à celles-ci.

Robert Coronel.

REVISTA DE LA SANIDAD MILITAR
(Barcelone)

B. Cordelle Penichet et **J. A. Avellan** (Cuba). ***Un cas d'ostéogénèse imparfaite*** (*Revista de la Sanidad Militar*, t. **1**, n° 1, Juillet-Septembre 1937, p. 50-65). — *Observation* d'un nouveau-né, hérédo-syphilitique, présentant des fractures spontanées des membres, perceptibles à la palpation et confirmées par la radiographie.

Amélioration par traitement mercuriel et reconstituant. Survie de plusieurs mois et mort par pneumonie intercurrente.

Il s'agit d'un cas d'ostéogénèse imparfaite, correspondant au tableau clinique de la maladie de Parrot.

Revue de la littérature de cette dernière affection.

G. d'Heucqueville.

ARCHIVIO ITALIANO DI CHIRURGIA
(Bologne)

N. Maggi et **L. Parodi** (Gênes). ***Contribution à la connaissance de la pathogénie des gangrènes spontanées juvéniles. Sur le comportement des vaisseaux sanguins chez les animaux mâles hypersurrénalisés, sur les animaux castrés et sur ceux « femminilisés » (recherches expérimentales)*** [*Archivio italiano di chirurgia*, vol. **47**, fasc. 5, Décembre 1937, p. 481-503]. — M. et P. ont déjà fait des recherches expérimentales dirigées par le Professeur Maragliano tendant à élucider le rôle de l'hyperinsulinisme dans l'apparition des accidents artériels de la gangrène juvénile. Ils avaient établi que l'hypersurrénalisme, poursuivi régulièrement chez les animaux en expérience (lapins), donne des modifications profondes de la media et quelquefois de l'intima vasculaires.

Mais la remarque que ces accidents sont exceptionnels chez les animaux femelles, concordant avec la rareté de la gangrène juvénile chez la femme, leur a fait supposer que les glandes génitales (ou leurs sécrétions) avaient une importante raison dans le déclanchement des accidents artériels.

Leurs nouvelles expériences leur permettent d'affirmer que la castration des lapins hypersurrénalisés ne modifie pas les conclusions de leurs précédents travaux, les lésions artérielles étant tout aussi fréquentes. Par contre, la « femminilisation » de ces châtrés obtenue par des injections ovariennes empêche, ou du moins atténue considérablement, les accidents artériels obtenus habituellement par l'hypersurrénalisation.

Marcel Arnaud.

ARCHIVIO PER LE SCIENZE MEDICHE
(Turin)

R. Agnoli (Gênes). ***Modifications produites par l'histamine dans l'épreuve de charge hydrique*** (*Archivio per le scienze mediche*, t. **64**, n° 3, Septembre 1937, p. 309-329). — A. a fait chez 6 sujets atteints de néphrite, 8 hépatiques et 2 sujets normaux des épreuves de diurèse provoquée (ingestion de 1 litre d'eau) avec et sans injection de 1 mg. d'histamine ; il voulait chercher si l'on pouvait ainsi éliminer le facteur hépatique ; l'histamine est en effet capable de modifier chez le chien le métabolisme de l'eau en resserrant les veines sus-hépatiques ; si elle a la même action chez l'homme, on doit constater sous son action la diminution et le retard de l'élimination hydrique, phénomènes qui seront probablement moins accusés chez les sujets normaux que chez les hépatiques et les rénaux qui ont des altérations plus ou moins latentes du foie. Les épreuves faites par A. lui ont montré qu'à la dose thérapeutique tout au moins, l'histamine était incapable de supprimer le facteur hépatique dans les épreuves de charge provoquée.

Lucien Rouquès.

GAZZETTA DEGLI OSPEDALI E DELLE CLINICHE (Milan)

A. Cernezzi. ***Pour le diagnostic précoce du cancer du côlon*** (*Gazzetta degli ospedali e delle cliniche*, t. **58**, n° 32, 8 Août 1937, p. 745-753). — Le cancer du côlon a une évolution lente et l'envahissement ganglionnaire y est relativement tardif; mais son diagnostic précoce est difficile, faute de signes caractéristiques, et si l'on attend une certitude clinique, l'opération est trop tardive. Parmi les signes les plus précoces, C. signale les sensations de pesanteur épigastrique avec perte d'appétit et nausées, l'irrégularité des selles avec tendance à la constipation; ce tableau ressemble à celui des cancers gastriques surtout dans les cancers coliques gauches bas situés, mais la purgation améliore temporairement ces derniers; plus tard apparaissent les signes de sténose plus précoces dans les squirrhes que dans les adéno-cancers. Toute constipation survenant chez un sujet qui n'est plus tout jeune doit faire penser au cancer et les diagnostics de colite faits à la légère ont coûté la vie à de nombreux malades; la diarrhée n'est pas exceptionnelle et n'élimine pas une sténose colique; les déformations des selles sont possibles dans les cancers du sigmoïde, mais plus rares que dans les cancers rectaux. Les grandes hémorragies sont rares au début, mais les hémorragies minimes mélangées à un peu de mucus sont souvent rencontrées si le médecin prend soin d'examiner les selles lui-même; dans les cancers sigmoïdiens, des hémorragies peuvent suivre les défécations comme dans les hémorroïdes; dans les cancers du côlon droit, on n'observe au début que des hémorragies occultes. L'atteinte de l'état général est tardive; cependant les signes suivants sont assez précoces: perte graduelle du poids et des forces, petites élévations quotidiennes de température, pâleur qui ne s'observe d'abord qu'en position debout, diminution de la diurèse. L'absence de tumeur palpable ne doit pas faire rejeter le diagnostic de cancer; le toucher rectal seul peut faire sentir les cancers sigmoïdiens. A la moindre suspicion de cancer, il faut pratiquer un examen radiologique et particulièrement par lavement. LUCIEN ROUQUÈS.

NEOPSICHIATRIA (Sienne)

Isolani. ***Usage de l'éther en association avec la sérothérapie dans le traitement de l'intoxication diphtérique expérimentale*** (*Neopsichiatria*, t. **3**, vol. **3**, n° 5, Septembre-Octobre 1937, p. 419-452). — Salvioli en 1930 montre les bons résultats de l'éther et de la sérothérapie associés dans le tétanos. Il montre, en outre, que la toxine libre mise au contact de l'éther perd une partie de ses propriétés tétanigènes. Ultérieurement, Dufour et d'autres auteurs montrèrent l'action heureuse de l'anesthésie chloroformique dans le tétanos. Ultérieurement, Salvioli mit en lumière l'heureuse action du sérum et de l'éther associés dans la diphtérie, en particulier contre les paralysies. Cet auteur, par cette méthode, fit tomber la mortalité de 11,64 pour 100 à 5,4 pour 100.

I. a étudié expérimentalement ces faits:

Il semble que l'association de l'éther au sérum ait une action favorable sur l'évolution de la diphtérie, à condition que cette action soit assez précoce, et que la toxine ne soit pas définitivement fixée sur les centres nerveux. L'association éther-sérum n'empêche pas l'apparition des paralysies quand elles interviennent trop tardivement, mais elle retarde peut-être cette apparition. L'éther utilisé isolément ne retarde pas les accidents et n'aggrave pas la symptomatologie; il n'empêche pas la fixation de la toxine sur les centres nerveux. L'éther mis au contact de la toxine diphtérique diminue sa toxicité, comme pour la toxine tétanique. Les animaux chez lesquels l'anesthésie à l'éther est pratiquée avant la sérothérapie survivent en moins grand nombre que chez ceux où elle est pratiquée après l'injection de sérum.

Le mode d'action de l'éther reste jusqu'ici assez obscur. S'agit-il d'une action phylactique, d'une protection des tissus comme celle qui avait été invoquée par Billard, ou, comme l'a prétendu Salvioli, l'éther en augmentant le taux de la cholestérine modifie-t-il de façon heureuse les réactions de défense de l'organisme? H. SCHAEFFER.

IL POLICLINICO [Sez. chir.] (Rome)

F. Benedetti Valentini. ***Rein polykystique unilatéral révélé par une ponction lombaire*** (*Il Policlinico, sez. Chirurgica*, t. **44**, n° 8, 15 Août 1937, p. 373-387). — Un sujet de 33 ans est opéré sous rachianesthésie d'une hernie inguinale bilatérale; il présente une rétention d'urine post-opératoire, puis une infection urinaire d'allure grave; le rein gauche est très gros, très douloureux et ferme; on porte le diagnostic de pyonéphrose et l'intervention montre que la pyonéphrose s'est développée sur un rein polykystique qui est enlevé; la température tombe peu à peu et l'infection guérit complètement; le rein droit semble alors normal. Le malade est revu dix-huit mois après; il a présenté une hématurie, il a de la pollakiurie; l'examen des urines met en évidence une albuminurie discrète avec cylindrurie; la tension artérielle est de 19,5 - 13,5; le pôle inférieur du rein droit est perçu comme dans les ptoses du premier degré.

Discutant la conduite à tenir, B. V. estime qu'il n'y a pas lieu chez son malade d'attendre d'avoir la main forcée par une complication comme l'anurie, pour tenter une des interventions conservatrices telles que la décapsulation avec décortication du rein, la ponction ou la cautérisation des kystes superficiels, la double incision proposée récemment par Goldstein, méthodes qui seraient susceptibles d'améliorer le fonctionnement rénal pendant une période assez longue. LUCIEN ROUQUÈS.

RASSEGNA INTERNAZIONALE DI CLINICA E TERAPIA (Naples)

G. Cadili (Messine). ***Comportement de la glycémie chez les diabétiques par rapport aux sujets normaux après ingestion de divers fruits crus et cuits*** (*Rassegna internazionale di clinica e terapia*, t. **18**, n° 16, 31 Août 1937, p. 744-756). — On admet que d'une façon générale les fruits sont dangereux pour les diabétiques; G. a repris la question sur une base précise en étudiant, chez une diabétique, les modifications de la glycémie après ingestion de 300 *g.* de fruits débarrassés de leur peau, de leur trognon et de leurs graines (sauf pour les figues d'Inde dont il a été administré 500 *g.*, les graines ne pouvant être séparées); les variations de la glycémie n'ont pas été de même sens chez la diabétique et chez des sujets normaux. Après ingestion de poires crues ou cuites, l'élévation de la glycémie, qui était à jeun chez la diabétique de 3 *g.* 10, a été de 2 *g.* 06; après ingestion de pommes bouillies, l'élévation a été de 1 *g.* 64, après celle de pommes crues de 2 *g.* 07, après celle de pommes au four de 2 *g.* 54; avec les pommes et les poires, le maximum de la glycémie a été atteint dans la première heure et au bout de trois heures, sauf avec les pommes bouillies, la glycémie était encore au-dessus de la valeur initiale, plus d'ailleurs pour les pommes crues (+ 0 *g.* 79) que pour les poires crues (+ 0 *g.* 10).

Après ingestion des fruits suivants absorbés crus, l'augmentation de la glycémie a été chez la diabétique de 0 *g.* 45 avec les oranges amères et les mandarines, de 0 *g.* 97 avec les oranges douces, de 1 *g.* 18 avec les figues d'Inde, de 1 *g.* 32 avec les bananes; sauf avec les dernières, la glycémie était au bout de trois heures au-dessous de la valeur initiale: — 0 *g.* 53 avec les oranges amères.

En conclusion, on peut donner aux diabétiques sans danger et peut-être avec avantage, en ce qui concerne la tolérance des hydrates de carbone, les fruits suivants: oranges amères, oranges douces, mandarines.

LUCIEN ROUQUÈS.

RINASCENZA MEDICA (Naples)

E. Cominelli-Guariglia (Naples). ***Le traitement hormonal de l'hypertrophie prostatique*** (*Rinascenza Medica*, t. **14**, n° 15, 15 Août 1937, p. 520-523). — Sur 10 malades atteints d'hypertrophie prostatique et traités par des extraits glandulaires (Erugon et Unden de Bayer), C.-G. a obtenu 4 guérisons au moins symptomatiques (guérison des troubles de la miction sans modifications appréciables de la prostate au toucher rectal ou à la cystoscopie), une amélioration nette et 5 échecs (les malades ayant dû subir la prostatectomie); pendant la durée du traitement, les malades subissaient chaque jour un lavage vésical avec une solution d'oxycyanure de mercure à 1 pour 4.000 et en cas de nécessité, gardaient une sonde à demeure.

Le traitement hormonal n'a pas supplanté le traitement chirurgical; il n'a aucun effet fâcheux; les malades qui lui sont soumis se sentent plus vigoureux et C.-G. a l'impression que les suites opératoires sont plus faciles chez eux.

LUCIEN ROUQUÈS.

GIORNALE MEDICO DELL' ALTO ADIGE (Bolzano)

B. Bonomini (Padoue). ***Sur un cas de hernie dans l'orifice œsophagien réductible et reproductible à volonté*** (*Giornale medico dell' Alto Adige*, t. **9**, n° 9, Septembre 1937, p. 493-504). — Un sujet de 22 ans a depuis quelques années des troubles digestifs à intensité croissante (douleurs épigastriques, régurgitations, vomissements alimentaires) survenant pendant les périodes où il se livre à des efforts physiques. L'examen est négatif; il existe de l'hyperchlorhydrie à jeun et après repas d'épreuve. L'examen radioscopique montre un œsophage absolument normal et un estomac en crochet, allongé, hypotonique, avec des plis muqueux un peu gros; voulant étudier la partie supérieure en y faisant refluer la baryte, on demande au sujet de contracter sa paroi abdominale; aussitôt, la poche à air disparaît, l'extrémité supérieure de l'estomac s'amenuise, prend un aspect conique, la pointe étant dirigée vers le cardia et, très vite, la montée de l'estomac passe dans le thorax en arrière du cœur; entre les parties thoracique et abdominale, existe une incisure qui répond au collet de la hernie et qui réduit de moitié la largeur de l'organe; l'œsophage est soulevé, atone, replié sur lui-même, le cardia béant; dès que le malade cesse de contracter ses muscles, l'estomac reprend sa place normale. B. a fait absorber au malade de la potion de Rivière pour distendre la partie supérieure de l'estomac: la hernie s'est produite avec la même facilité. Cette hernie à travers l'orifice œsophagien du diaphragme correspond au 3e type d'Akerlund.

LUCIEN ROUQUÈS.

JAPANESE JOURNAL OF DERMATOLOGY AND UROLOGY (Tokio)

Fujita. ***Etudes cliniques et histologiques sur l'esthiomène*** (*The Japanese journal of dermatology and urology*, t. **42**, n° 5, 15 Novembre 1937,

p. 261-262). — F. a observé 8 cas de l'affection décrite par Hugnier en 1848 sous le nom d'*esthiomène* de la vulve et du périnée.

Dans tous les cas, la réaction de Frei s'est montrée fortement positive. Les femmes sont le plus souvent des prostituées et dans les autres cas elles ont été contaminées par un bubon conjugal.

Les causes de l'esthiomène signalées autrefois : syphilis, chancre mou, blennorragie, tuberculose, doivent aujourd'hui céder la place à la lymphogranulomatose inguinale.

Histologiquement, les tissus éléphantiasiques, les ulcérations recto-vaginales, les sténoses rectales ont le type des lymphomes granulomateux subaigus ou chroniques.

F. estime que l'esthiomène ne doit plus être considéré comme un syndrome consécutif à une lymphogranulomatose, mais comme une variété clinique de la maladie de Nicolas-Favre.

R. Burnier.

Tagani. ***Deux cas d'ulcus vulvae acutum avec lésions buccales*** (*The Japanese journal of dermatology and urology*, t. **42**, n° 5, 15 Novembre 1937, p. 277-278). — Une femme de 21 ans présente sur les grandes et petites lèvres, le clitoris, les plis génito-cruraux et l'anus un semis de petites ulcérations, grandes comme une tête d'épingle, recouvertes d'un enduit purulent grisâtre : ganglions inguinaux volumineux.

Sur la muqueuse de la lèvre supérieure et des gencives, apparaissent des ulcérations analogues qui disparurent en sept à dix jours, et récidivèrent ultérieurement par 2 fois. Les ulcérations génitales guérirent sans récidives au bout de cinquante jours.

La sécrétion des ulcérations génitales et buccales montrait de nombreux bacilles épais, gram positifs, qui furent cultivés; les inoculations à l'homme et à l'animal furent négatives.

Chez une autre femme de 34 ans, des ulcérations apparurent à la muqueuse de la langue, des joues, de la lèvre inférieure et au voile du palais. En outre les organes génitaux externes sont œdématiés, avec ulcérations ponctiformes sur les grandes lèvres et le vagin. La sécrétion contenait également un bacille épais, gram positif, qui se développa facilement sur un milieu foie-bouillon.

La malade guérit au bout d'un mois sans récidive.

R. Burnier.

Aoyama. ***Recherches expérimentales sur la lymphogranulomatose inguinale*** (*The Japanese journal of dermatology and urology*, t. **43**, n° 1, 20 Janvier 1938, p. 21-26). — A. a tenté d'inoculer le suc et l'émulsion de ganglions lymphogranulomateux par voie intracérébrale à 16 *macaques*, avec 13 résultats positifs. Le virus isolé s'est montré actif et a permis 8 passages successifs. Les inoculations de pus d'adénite chancrelleuse ont fourni des résultats négatifs.

L'inoculation intracérébrale du virus au singe entraîne des parésies des membres, du tremblement, de la raideur de la nuque, le coma et la mort. Dans 4 cas, A. a observé l'infection inapparente, comme Levaditi. La cause de la mort est la méningo-encéphalite constatée à l'autopsie ; on trouve en outre une nécrose des poumons, du foie, de la rate.

Inoculé par voie intrapéritonéale, aux singes, le virus détermine de la péritonite.

L'inoculation sous-cutanée du virus au *cobaye* détermine le dixième jour un petit nodule dur comme un pois, dans l'aine.

Chez la *souris*, l'inoculation intracérébrale donne une méningo-encéphalite nette, transmissible d'animal à animal.

Il en est de même pour le *lapin*.

Chez l'*homme*, A. affirme la présence du virus dans le suc des ganglions. En outre, il a constaté la présence du virus dans le liquide de péritonite aiguë survenue chez un homme de 30 ans au cours d'une lymphogranulomatose inguinale. Frei positif. La laparotomie montre dans le ventre une quantité considérable de pus noir ; guérison après drainage. L'inoculation de ce pus péritonéal par voie intracérébrale et sous-cutanée au macaque donna un résultat positif.

R. Burnier.

GRUZLICA
(Varsovie)

Mlle **M. Werkenthin.** ***Atélectasie pulmonaire*** (*Gruzlica*, t. **12**, n° 6, 1937, p. 509-545). — Dans un travail abondamment illustré de reproductions radiographiques et contenant de nombreuses observations cliniques, Mlle W. souligne la nécessité d'envisager la possibilité de l'existence d'un cancer primitif du poumon. L'opacité diffuse qui accompagne le cancer de dimensions même restreintes peut être due à l'atélectasie pulmonaire qui s'explique par l'obstruction de la lumière d'une bronche par la tumeur. L'atélectasie par compression bronchique consécutive à l'adénopathie massive est fréquente chez les enfants. Chez l'adulte un anévrysme de la crosse de l'aorte peut en être la cause. L'atélectasie chronique aboutit à la sclérose pulmonaire par suite du processus infectieux lui-même et des processus inflammatoires associés à l'atélectasie. Généralement la sclérose pulmonaire donne lieu aux bronchectasies. L'intérêt du diagnostic différentiel de l'atélectasie, de la sclérose pulmonaire et des bronchectasies réside dans l'évolution et le pronostic différent pour chacun de ces processus. L'exploration lipiodolée intra-bronchique donne alors des renseignements précieux.

Fribourg-Blanc.

NOWINY LEKARSKIE
(Poznan)

V. Godlowski. ***Les phénomènes bio-électriques dans l'écorce cérébrale de l'homme*** (*Nowiny Lekarskie*, t. **50**, fasc. 3, 1er Février 1938, p. 73-83). — S. présente l'historique des recherches concernant les courants bioélectriques de l'écorce cérébrale. Il expose les constatations réalisées dans les travaux de Berger, d'Adrian et de Kornmuller. Bien que la complexité de l'étude et les difficultés rencontrées ne permettent pas encore de formuler des déductions précises, il semble que la diversité des électroencéphalogrammes est liée aux différences biologiques constitutionnelles. Il semble également que l'étude de l'électroencéphalogramme pourrait avoir une importance pratique dans le diagnostic de l'épilepsie.

Fribourg-Blanc.

POLSKA GAZETA LEKARSKA
(Lwow)

A. Landau et **V. Hejman.** ***De l'efficacité thérapeutique des injections intraveineuses de bromure de sodium et de sulfate d'atropine dans l'ulcère de l'estomac et du duodénum*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. **16**, n° 51, 19 Décembre 1937, p. 985-988). — Dans des recherches s'étendant sur de nombreuses années, L. et H. précisent et perfectionnent la technique thérapeutique du traitement conservateur de l'ulcère de l'estomac. La méthode qu'ils adoptent définitivement paraît donner des résultats encourageants. Parallèlement au traitement local classique et au régime alimentaire habituel de l'ulcère, L. et H. injectent quotidiennement par la voie intraveineuse une solution de 10 cm^3 de bromure de sodium à 10 pour 100, associée à 1 *mg*. de sulfate d'atropine dans la même seringue. L'association des deux médicaments a pour effet de rétablir l'équilibre végétatif et de créer des conditions favorables à la cicatrisation de l'ulcère. Sous l'influence des injections, les douleurs s'atténuent et disparaissent, les malades s'alimentent rapidement, l'état général s'améliore, les hémorragies ne se renouvellent plus et la contracture musculaire cède. Trois observations cliniques illustrent cet exposé.

Fribourg-Blanc.

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE
(Varsovie)

J. Celarek et **B. Feigin.** ***De l'affinité entre l'antigène des toxines des anaérobies de la gangrène gazeuse et la staphylotoxine*** (*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, t. **14**, n° 39, 21 Octobre 1937). — Dans une étude expérimentale faite sur des lapins, C. et F. constatent qu'il existe une certaine affinité entre les toxines des anaérobies de la gangrène gazeuse et la staphylotoxine. Sous certains rapports les deux toxines se ressemblent fonctionnellement. Au point de vue de la préparation des vaccins antistaphylococciques, il est à remarquer que les vaccins préparés avec les corps microbiens ne provoquent pas dans l'organisme de l'antitoxine staphylococcique pouvant neutraliser la toxine sécrétée par la plupart des staphylocoques pyogènes. D'où la conclusion que les vaccins staphylococciques préparés dans le but curatif doivent être composés de corps microbiens et de l'anatoxine staphylococcique.

Fribourg-Blanc.

I. Pines. ***Contribution au diagnostic de l'infarctus du myocarde*** (*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, t. **14**, n° 45, 2 Décembre 1937, p. 858). — P. décrit un signe nouveau qu'il désigne sous le nom de symptôme sterno-cutané et qui accompagne l'infarctus du myocarde. Il se traduit par la pâleur et le refroidissement local des téguments de la région précordiale. La valeur pratique du signe réside dans son apparition précoce et sa disparition tardive. Il n'est pas rare de constater sa persistance lorsque les autres signes cliniques de l'infarctus se sont effacés. Le signe sterno-cutané a une origine réflexe à point de départ cardiaque. P. rapporte l'observation d'un cas de persistance de ce signe après la disparition d'autres signes cliniques.

Fribourg-Blanc.

W. Robin. ***Quinze ans de pratique d'injections duodénales d'huile d'olive dans les affections biliaires*** (*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, t. **14**, n° 47, 16 Décembre 1937, p. 889). — R. préconise pour le traitement des processus morbides d'origine vésiculaire ou des voies biliaires des injections d'huile d'olive chauffée. Le traitement est pratiqué par séries de 5 à 6 injections de 50 à 100 cm^3 d'huile à 2 ou 3 jours d'intervalle. Cette méthode que R. a adoptée depuis 15 ans paraît donner des résultats supérieurs à celle de Meltzer-Lyon.

Fribourg-Blanc.

LA PRENSA MEDICA MEXICANA
(Mexico)

F. Bassols (Mexico). ***Le traitement de choix de l'abcès hépatique*** (*La Prensa medica mexicana*, t. **11**, n° 7 [numéro spécial consacré à l'amibiase à Mexico], 30 Août 1937, p. 118-121). — B. rappelle les statistiques des anciens auteurs, qui ont établi l'étiologie amibienne de l'abcès hépatique, et précisé sa fréquence selon l'âge, le sexe, la localisation, etc...

La thérapeutique gravite autour des méthodes suivantes : *émétine, ponction, drainage à ciel ouvert*. Huard et Meyer-May ont mis au point la technique et la topographie pour ces dernières.

B. préfère la ponction évacuatrice avec injection d'émétine dans la cavité de l'abcès, moins dangereuse que le drainage à ciel ouvert, qui conserve une haute mortalité.

G. d'Heucqueville.

REVUE DES JOURNAUX



ANNALES DE MEDECINE
(Paris)

Marcel Labbé et **S. Livieratos**. ***Glycosuries et seuil rénal du glycose*** (*Annales de Médecine*, t. **43**, n° 2, Février 1938, p. 85-101). — Dans la production de la glycosurie, deux facteurs interviennent: la glycémie et le seuil rénal du glycose. Ce dernier est habituellement un facteur neutre, secondaire. Toutefois, il y a de nombreuses exceptions à cette règle, et L. et L. les décrivent à l'aide d'observations typiques.

Certains diabétiques ne sont pas toujours glycosuriques ou présentent une glycosurie minime, malgré une glycémie très élevée, par suite d'une élévation insolite du seuil, et ceci pourrait, sans recherche de la glycémie, faire croire à tort à une tolérance très large aux hydrates de carbone, alors que persistent cependant des troubles dus à l'hyperglycémie. Cette élévation du seuil s'observe surtout chez de vieux diabétiques artérioscléreux et hypertendus et il ne faut pas croire à l'apparence d'améliorations dans de telles conditions.

Par contre, certains diabétiques présentent une glycosurie difficile à réduire complètement malgré un état glycémique satisfaisant: il s'agit de diabétiques dont le seuil rénal et abaissé. L'abaissement du seuil ne semble pas influencer le pronostic de façon défavorable (Lawrence).

La recherche du seuil rénal du glycose est également indispensable pour classer certaines glycosuries qui ne sont pas manifestement diabétiques. Il n'est pas rare d'ailleurs qu'à un trouble modéré de la glycorégulation vienne s'associer un abaissement plus ou moins important du seuil rendant ainsi la glycosurie encore plus facile. Ceci s'observe notamment dans les glycosuries épisodiques de la grossesse. L'épreuve de l'hyperglycémie provoquée et la recherche du seuil rénal permettent d'éviter toute erreur d'interprétation.

L. Rivet.

Prof. G. Petragnani (Rome). ***L'ultra-virus tuberculeux. Son existence n'est pas démontrée*** (*Annales de Médecine*, t. **43**, n° 2, Février 1938, p. 101-104). — Dès 1928, P. faisait remarquer qu'il était impossible de considérer comme démontrée l'existence de l'ultra-virus tuberculeux, dont la notion menaçait d'ébranler quelques-unes des lois de la prophylaxie et d'encourager une nouvelle conception pathogénique sur l'hérédité et sur l'infection latente. Calmette reconnaissait d'ailleurs que sur cette question de l'ultra-virus il restait de nombreuses lacunes à combler.

Depuis lors, en dépit de nombreuses recherches, dues notamment à Valtis, Arloing, Van Deinse, la question n'est pas encore élucidée. P. et ses collaborateurs au cours de leurs recherches ont établi la possibilité de nombreuses causes d'erreur et n'ont jamais rencontré d'ultra-virus. Il peut assez facilement se trouver des bacilles de Koch dans les filtrats et tous les phénomènes observés expérimentalement peuvent être rattachés à une infection paucibacillaire. Personne aujourd'hui ne peut parler, en clinique, d'une pathologie de l'ultra-virus tuberculeux.

Le prétendu ultra-virus tuberculeux manque des démonstrations nécessaires et indiscutables pour toute conception vraiment scientifique.

L. Rivet.

A. Baisset et **Ch. Darnaud** (Toulouse). ***Le traitement du diabète sucré à l'aide des régimes riches en hydrates de cabone*** (*Annales de Médecine*, t. **43**, n° 2, Février 1938, p. 138-164). — On appelle diabète une certaine inaptitude que présentent les tissus malades à utiliser le glucose que leur apporte le sang. C'est en somme un jeûne en hydrates de carbone, tantôt partiel, tantôt total. C'est le degré de ce jeûne hydrocarboné qui conditionne la gravité du diabète. L'hyperglycémie des diabétiques est un phénomène contre-réactionnel, dû à l'effet d'un mécanisme régulateur inconnu, et qui semble permettre une meilleure absorption du glucose par les tissus malades. L'hyperglycémie, par elle-même, et du point de vue strictement nutritif, ne semble pas très dangereuse, car on n'a jamais eu la preuve que l'hyperglycystie accompagnait l'hyperglycémie.

Quand le diabète devient très grave, l'hyperglycémie ne suffit plus à assurer l'absorption d'une suffisante quantité d'hydrates de carbone. Cette hyperglycémie, d'ailleurs, faiblit souvent, comme si le phénomène de contre-régulation finissait par ne plus se produire. L'acétonurie apparaît alors. Elle dépend d'un jeûne plus ou moins complet en hydrates de carbone. Elle ne diffère pas, dans son essence, de l'acétonurie du jeûne véritable.

Si, pour réduire la glycosurie et amoindrir l'hyperglycémie, on restreint l'apport en hydrates de carbone, on prive l'organisme du secours de son dernier système régulateur. Si on atténue les symptômes du diabète, on en aggrave les effets. L'hypercholestérolémie, dont dépendent peut-être l'artérite, la néphrite et l'hypertension artérielle (Joslin), n'est très probablement que l'effet de ces régimes très riches en graisse, et très pauvres en hydrates de carbone. Si les régimes pauvres en hydrates de carbone ont un bon effet immédiat et atténuent les signes du diabète, leur illogisme est démontré par les mauvais résultats qu'ils donnent à longue échéance.

L'emploi des régimes riches en hydrates de carbone (Ilimsworth) a pour but de lutter, non pas tellement contre les signes du diabète que contre la maladie elle-même. C'est ce que démontre l'amélioration progressive du trouble métabolique chez les malades qui sont soumis à leur effet.

Cet effet s'explique si l'on songe que, grâce aux régimes nouveaux, auxquels vient s'ajouter au besoin l'action de l'insuline, on parvient à maintenir les tissus malades dans des conditions de nutrition voisines de celles des tissus sains.

L. Rivet.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
(Paris)

P. Cossa, H. Bougeant, M. Puech et **P. Sassi**. ***Le traitement des complications nerveuses de l'alcoolisme par la strychnine.*** (*Annales Médico-psychologiques*, an. **96**, t. **1**, n° 2, Février 1938, p. 167-187). — Tombée dans l'oubli pendant 50 ans, la strychnothérapie des manifestations alcooliques a été remise au premier plan par de nombreux travaux récents.

Elle est indiquée dans la majorité d'entre elles, à des doses de 10 à 50 *mg*.

17 observations.

Les résultats seraient des plus encourageants: disparition du besoin d'alcool, élévation de la diurèse avec diminution de la cholestérolémie. Il existerait à la fois un *antidotisme* chimique alcool-strychnine et un *antagonisme* physiologique.

G. d'Heucqueville.

ARCHIVES D'OPHTALMOLOGIE
(Paris)

F. P. Fischer (Utrecht). ***Sur la présence de vitamine B_1 dans le cristallin et sa signification*** (*Archives d'Ophtalmologie*, t. **2**, n° 2, Février 1938, p. 108 à 115). — La vitamine B_1 nommée aneurine agit sur le métabolisme des glucides. C'est son absence qui détermine le béri-béri. Suit toute une indication de la technique employée par l'auteur pour étudier la vitamine B_1 dans le cristallin, à partir du cristallin de bœuf. Cette étude est intéressante et nouvelle. Elle ouvre des horizons sur la pathogénie si controversée de la cataracte. L'auteur conclut ainsi :

1° Le trouble du métabolisme des glucides joue un rôle important dans la pathogénie de la cataracte.

2° Il est caractérisé par une réduction insuffisante de l'acide pyruvique en acide lactique.

3° Il est dû à la disparition de la vitamine B_1 dans la cataracte.

A. Cantonnet.

Streiff et **C. Teltner**. ***Le syndrome de Laurence-Moon-Bardet-Biedl*** (*Archives d'Ophtalmologie*, t. **2**, n 4, Avril 1938, p. 289-321. — En 1866, Laurence et Moon ont décrit pour la première fois une affection caractérisée par l'association d'une rétinite pigmentaire avec troubles physiques et psychiques. Les troubles physiques peuvent être une polydactylie, de la dystrophie adiposo-génitale, les troubles psychiques de la débilité et du retard mental. Pour constituer le syndrome, deux au moins de ces symptômes doivent être présents ; ce sont des symptômes cardinaux. Rien de sûr au point de vue de la pathogénie. Il y a assez souvent atteinte familiale et de la consanguinité chez les parents (dans 24 pour 100 des cas), il y a des formes frustes.

A. Cantonnet.

L'ENCÉPHALE
(Paris)

J. Lhermitte. ***Langage et mouvement*** (*L'Encéphale*, an. **33**, t. **1**, n° 1, Janvier 1938, p. 1-26). — Aperçu synthétique sur la psychologie et la pathologie du langage, notamment à la lumière des récents travaux de Jousse.

L'élément moteur et mimique constitue le fondement primitif du langage. Après l'échec des théories statiques des « centres de mots », et après la critique de Bergson, il reprend toute son importance dans l'interprétation des syndromes.

Tout le discours oral s'organise sur des rythmes, lesquels se retrouvent même dans le discours écrit.

G. d'Heucqueville.

G. Marinesco, D. Grigoresco et **S. Axente**. ***Considérations sur l'aphasie croisée*** (*L'Encéphale*, an. **33**, t. **1**, n° 1, Janvier 1938, p. 27-46). — Observation d'un malade de 60 ans, droitier, qui présente une hémiplégie gauche avec des troubles

aphasiques à type d'agrammatisme et cécité psychique. Hémianopsie latérale homonyme gauche.

L'examen anatomique du cerveau montre un ramollissement du territoire de la cérébrale antérieure droite.

Chez ce malade donc, la zone de Wernicke se placerait dans l'hémisphère *droit*, contrairement à la loi héréditaire : il en serait de même pour un dixième de la population.

G. D'HEUCQUEVILLE.

LE BULLETIN MÉDICAL
(Paris)

P. Pavie et **J. Le Tacon** (Hauteville). ***Les cavernes irréductibles après section complète d'adhérences et leur traitement*** (*Le Bulletin Médical*, t. **52**, n° 10, 5 Mars 1938, p. 161-164). — Dans un certain nombre de cas de pneumothorax thérapeutiques pour lésions cavitaires, le moignon pulmonaire excavé reste irréductible ou continue d'évoluer. La section complète des adhérences, qui paraissaient seules s'opposer à la réalisation du collapsus, n'arrête pas l'évolution. Sur 80 cas de sections d'adhérences, 5 fois, après libération complète de la lésion cavitaire, celle-ci fut le siège d'une poussée grave d'une durée variant entre un et quatre mois.

Ces accidents sont le fait des cavernes volumineuses corticales. On peut même déduire de cette étude que la grosse caverne sous-pleurale suspendue, surtout lorsqu'elle est évolutive, doit faire craindre, après débridement, ces complications.

Le caractère clinique de ces poussées est leur évolution progressive, lente ou rapide. La pleurésie spontanée est la conclusion la plus souhaitable des poussées abandonnées à elles-mêmes. La perforation ou l'éclatement de la caverne distendue constitue une complication souvent dramatique de ces évolutions. Elle est loin d'être exceptionnelle. Elle n'est pas toujours prévenue à temps par l'apparition de la pleurésie. Elle peut conduire à la mort en quelques heures ou en quelques jours. La bilatéralisation pulmonaire, contemporaine ou à distance des accidents, n'est pas rare ; on l'a constatée 3 fois sur 5 cas.

Les petits moyens tels que cure déclive, chargement de gaz insufflés, traitement aurique par voie veineuse, sont parfaitement illusoires. Les modifications de la pression d'entretien du pneumothorax ne donnent des résultats que si on force la pression et encore bien rarement et au prix de risques énormes : perforation, pleurésie brutale, évolution contro-latérale. L'exsufflation est plus indiquée, mais elle donne des échecs. La méthode la moins dangereuse et la moins décevante est la pleurésie provoquée ; elle réussit rapidement sur les cavernes inertes. Dans les cavernes évolutives, turgescentes et fébriles, il convient de ne rechercher qu'une résolution lésionnelle au ralenti.

ROBERT CLÉMENT.

JOURNAL DE CHIRURGIE
(Paris)

J. Patel et **D. Morel-Fatio**. ***Ce que vaut la manométrie rachidienne pour le choix des modes de traitement dans les cas de fracture de la colonne dorso-lombaire compliquées, sur le champ, de lésions médullaires*** (*Journal de Chirurgie*, an. **51**, n° 4, Avril 1938, p. 535-540). — L'examen clinique ne permet pas aux chirurgiens de préciser la nature soit plus ou moins complètement curable (commotion, œdème, hémorragie), soit irrémédiable (contusion, section) des lésions qui déterminent le syndrome de section physiologique de la moelle, associé, sur le champ, à certaines fractures vertébrales ; c'est empiriquement qu'ils adoptent l'abstention, l'intervention précoce ou la réduction simple qui leur ont été proposées comme règles générales de traitement.

P. et M.-F. ont cherché, par l'emploi des méthodes utilisées pour les compressions médullaires lentes, épreuve du cheminement du lipiodol et, tout spécialement, rachimétrie, à se renseigner sur la nature et, surtout, sur le degré, partiel ou total, du blocage que présentaient 5 de leurs blessés, atteints de fracture dorso-lombaire avec paraplégie.

Au point de vue technique, les variations de tension du liquide céphalo-rachidien (mesurées avec le manomètre de Stauss, prises au-dessus et au-dessous de la lésion sur le blessé en décubitus latéral, et enregistrées toutes les 5 secondes) sont provoquées par quatre manœuvres : toucher puis secondement compression profonde des jugulaires, compression abdominale, évaluation de l'index de pression après soustraction de 7 à 10 cm^3 de liquide.

La radiographie, qui indique le type de la fracture et le déplacement des fragments, et la rachimétrie, qui montre que le blocage est partiel ou total, permettent la division des cas en deux groupes :

1° Fractures sans déplacement notable des fragments avec le blocage seulement partiel qu'il est donc permis d'attribuer à des causes curables agissant par compression, relevant de la laminectomie.

2° Fractures avec déplacement nocif du fragment et blocage total, pour lesquelles P. et M.-F. demandent une doctrine thérapeutique assez souple qu'ils établissent ainsi : d'abord réduction de la fracture, suivie de la mesure, avec l'épreuve du lipiodol, de la perméabilité du canal rachidien ; puis, si le blocage en persiste, intervention complémentaire.

Des 5 observations, 2 appartiennent au premier mier groupe et 3 au second.

Dans le premier groupe, la laminectomie indiquée, ne put être faite au premier blessé qui mourut en deux jours de broncho-pneumonie et elle ne fut pas faite au second par suite de la régression spontanée du blocage et de la paraplégie.

Dans le second groupe, nous trouvons successivement : laminectomie et ablation de la partie saillante du fragment, sans amélioration 3 mois après ; réduction avec début d'amélioration interrompue par la mort subite ; réduction puis laminectomie permettant l'ablation de caillots sous-duremériens entourant une moelle contuse, mort rapide par acidents pulmonaires.

Le petit nombre d'observations ne permet pas de conclure ; l'intérêt de ce court mémoire est dans l'indication de l'utilité diagnostique des méthodes d'exploration de la compression médullaire lente appliquées aux lésions brusques des fractures vertébrales dorso-lombaires.

P. GRISEL.

LE PROGRÈS MÉDICAL
(Paris)

P. Mauriac, P. Broustet, R. Saric et **de Lachaud**. ***Insulino-résistance et radiothérapie dans le diabète acromégalique*** (*Le Progrès médical*, An. **65**, n° 12, 19 Mars 1938, p. 413-420). — Un homme de 49 ans présenta d'abord des vomissements, de l'anorexie et de la somnolence ; puis quelques jours plus tard, de la polydypsie, une polyurie de 4 à 5 litres, de la fatigue et de l'amaigrissement. Vers la même époque, les lèvres, la langue et les mains augmentent de volume. Avec une alimentation normale, la glycosurie atteignait 207 *g.* par jour, le 15 Novembre 1938. En réduisant les hydrates de carbone, on aboutit à une cétonurie atteignant 1 *g.* 02. L'administration de 30 unités d'insuline, puis de 40 unités permit de réduire la cétose et de diminuer la glycosurie jusqu'à 11 *g.* A son entrée à l'hôpital, cinq mois plus tard, on constate l'association d'une acromégalie avec une glycosurie variant de 15 à 40 *g.* sans insuline avec un régime comprenant 60 *g.* de glucides. Avec 10 unités d'insuline, la glycosurie était réduite à 1 *g.* par vingt-quatre heures.

Pour améliorer l'acromégalie et lutter contre le diabète, on fit la radiothérapie hypophysaire : 200 r par séance, 3 séances par semaine pour arriver à un total de 2.000 r, moitié sur chaque champ. Pendant les trois mois que dura ce traitement, le sujet conserva le même régime alimentaire. On suspendit d'abord l'insuline et la glycosurie s'éleva à 83 *g.* La radiothérapie n'améliora nullement le diabète et le sucre s'éleva à plus de 150 *g.* par jour. On reprit alors l'insuline à la dose de 40 unités sans amélioration. L'intensification du traitement radiothérapique par 2 champs d'irradiation nouveaux frontal et postérieur, de 2.000 r chacun, ne furent pas plus efficaces ; il fallut porter l'insuline jusqu'à 80 et 100 unités par jour. Grâce à ces doses, la glycosurie diminua jusqu'à 6 *g.* 90 et le malade put sortir de l'hôpital.

Le diabète de cet acromégale se montra d'abord parfaitement sensible à l'insuline et facilement réductible, puis, coïncidant avec une interruption passagère de l'insuline et avec le début de la radiothérapie, il se produisit une aggravation qui nécessita une augmentation importante des doses d'insuline.

M., B., S. et L. discutent les raisons de l'aggravation au moment de la radiothérapie et de l'existence d'une insulino-résistance biologique contemporaine tantôt d'une insulino-résistance clinique, tantôt d'une évolution clinique heureuse.

ROBERT CLÉMENT.

P. Broustet (Bordeaux). ***Les hypertensions d'origine endocrinienne*** (*Le Progrès médical*, An. **65**, n° 15, 9 Avril 1938, p. 525-530). — Il existe incontestablement des hypertensions dues au développement de tumeurs surrénales. Les surrénalomes hypertensifs sont formés aux dépens de la médullo-surrénale. Ils donnent naissance à un syndrome d'hypertension paroxystique caractéristique dont la guérison obtenue après ablation de la tumeur apporte la preuve indiscutable de leur rôle exclusif dans le déterminisme des accidents hypertensifs.

Les tumeurs de la cortico-surrénale, s'accompagnent quelquefois, mais d'une façon moins constante, d'hypertension artérielle. Sur 68 observations de ces tumeurs, Danis n'a observé que dans une dizaine d'entre elles une hypertension continue régulière.

La coexistence d'hypertension artérielle et d'adénome basophile du lobe antérieur de l'hypophyse a été plusieurs fois observée mais on peut se demander si leur action sur la tension artérielle est directe ou indirecte.

A côté de ces hypertensions, dont la nature endocrinienne est bien établie, il n'est pas prouvé qu'aucune autre glande endocrine soit capable de provoquer des hypertensions artérielles. Au cours de l'hypertension, la médullo-surrénale et l'hypophyse sont souvent le siège de réactions hyperplasiques. Si l'on considère cette hyperplasie comme cause de l'hypertension, cela éclaire la pathogénie d'un grand nombre d'hypertensions, mais il ne semble pas que l'on ait à l'heure actuelle à tirer de pareilles conclusions.

Les symptômes d'hyperthyroïdie s'accompagnent généralement d'une élévation légère de la maxima, mais la minima reste basse et l'on ne saurait parler d'hypertension artérielle. Quant à l'ovaire, s'il joue un rôle, il semble très indirect.

ROBERT CLÉMENT.

Guy Laroche et **E. Bompard**. ***Essai de traitement de l'impuissance sexuelle masculine par l'hormone mâle*** (*Le Progrès médical*, an. 65, n° 15, 9 Avril 1938, p. 530-534). — Depuis la plus

haute antiquité, l'impuissance sexuelle masculine est attribuée au déficit testiculaire et on a préconisé pour la guérir l'opothérapie orchitique. Il était intéressant d'essayer dans les cas les plus variés les hormones mâles extrêmement actives que nous possédons à l'heure actuelle.

L. et B. ont fait des séries de 10 à 12 injections intra-musculaires quotidiennes ou tri-hebdomadares d'acétate de testostérone à la dose de 20 à 50 mg. et de propionate de testostérone, d'abord à la dose de 5 à 15 mg., puis à celle de 20 à 50 mg.

L'action des esters de la testostérone sur l'impuissance sexuelle de l'homme est d'autant plus manifeste que le sujet est plus jeune et le déficit endocrinien plus prononcé.

Entre la quinzième et la vingtième année, le défaut ou le retard du développement pubertaire sont remarquablement corrigés par cette opothérapie.

Plus tard, les sujets sont moins sensibles à l'action hormonale. Chez les eunuchoïdes, l'instinct sexuel s'éveille ou se renforce, la fonction génitale est sensiblement activée; mais les organes et les caractères sexuels sont lentement et très imparfaitement restaurés.

Les effets de la médication sont temporaires et ne survivent guère à la cessation de la thérapeutique.

Sur l'impuissance de l'adulte, l'action de la testostérone est inconstante et peu marquée. Malgré l'emploi de doses élevées, il y a des échecs qui confirment le rôle contingent du facteur hormonal dans le problème de l'impuissance sexuelle.

Chez l'homme âgé, l'affaiblissement rapide et prématuré de la fonction génitale est parfois heureusement influencé pour un temps. Mais l'impuissance normale, établie, du vieillard est inaccessible aux tentatives de réactivation sexuelle par les esters de testostérone. Robert Clément.

REVUE DU RHUMATISME
(Paris)

L. Lamy. ***La maladie de l'attitude*** (*Revue du Rhumatisme*, t. **5**, n° 3, Mars 1938, p. 234-264). — Sous le nom de « maladie de l'attitude » ou « maladie de l'attitude cyphotique ». L. entend un syndrome caractérisé par des douleurs plus ou moins vives de la région cervico-dorsale du rachis, se manifestant lorsque le sujet se tient les bras en avant et surtout lorsqu'il fait un effort musculaire dans cette position.

Le malade localise la douleur entre les épaules; elle siège au niveau des dernières cervicales et des premières dorsales. Elles ne se manifestent jamais lorsque le malade est couché ou lorsqu'il se promène. Elles sont ressenties lorsque le malade reste longtemps assis, les bras portés en avant, ou debout, le haut du corps incliné en avant, position de la repasseuse ou de la dactylo. La douleur cesse avec l'occupation, mais se reproduit lorsque le malade reprend son travail.

Si on examine le sujet en état de crise, on constate souvent une légère cyphose dorsale complètement réductible sans difficulté ni douleur. En dehors des périodes de crise, le patient paraît absolument normal. La pression directe sur les apophyses épineuses révèle le siège de ces douleurs, en les exacerbant.

Il n'y a aucun signe radiologique.

Le diagnostic se fait surtout par élimination. L'absence de toute raideur rachidienne et de toute lésion radiographique, avec l'apparition des douleurs, seulement dans l'attitude du travail, sont des éléments de présomption.

Le pronostic est en général bénin, car les symptômes peuvent disparaître spontanément. Dans quelques cas où les douleurs résistent aux thérapeutiques usuelles, et même au repos prolongé, on a pu être amené à pratiquer la section des apophyses épineuses. Robert Clément.

G. Huc. ***Becs, épines, ossifications juxta-articulaires et « rhumatismes »*** (*Revue du rhumatisme*, t. **5**, n° 3, Mars 1938, p. 272-285). — Les productions osseuses para-articulaires ne constituent nullement des signes radiologiques symptomatiques des affections dites « rhumatismales ». La plupart du temps, elles sont les résultats d'actions mécaniques et il faut les considérer comme une des manifestations les plus fréquentes de la sénescence ostéo-articulaire.

L'existence de becs, d'épines et d'ossifications péri-articulaires autorise encore moins le rattachement à une forme d'arthrite déformante plutôt qu'à une autre, car l'anatomie pathologique de ces arthrites est des plus variables, avec les sujets, les articulations intéressées et avec le stade de l'évolution des lésions.

Une classification des affections chroniques ostéo-articulaires, basée sur des images radiologiques, ne peut se justifier.

Il faut être prudent dans l'interprétation des images osseuses et ostéo-articulaires car l'orientation dans le sens d'un «rhumatisme» déclenche souvent la mise en œuvre de thérapeutique plus ou moins offensante.

Robert Clément.

R. Massart. ***La mobilisation des articulations douloureuses et l'art du rebouteux*** (*Revue du rhumatisme*, t. **5**, n° 3, Mars 1938, p. 295-303). — Les médecins négligent souvent, à tort, des altérations minimes et souvent fort douloureuses des surfaces articulaires. Si la radiographie ne les révèle pas, si l'anatomie pathologique les connaît mal, elles font cependant souffrir les malades et ne méritent pas le mépris avec lequel on a souvent tendance à les traiter.

La mise au repos d'une articulation ne saurait être, dans tous les cas, la sanction d'un phénomène articulaire douloureux et les travaux de Leriche sur les infiltrations analgésiques ont montré l'importance d'une mobilisation active dans certains cas.

Les arrachements des insertions musculaires, la déchirure ou la mise en tension exagérée d'un ligament articulaire, la contusion des cartilages articulaires, l'irritation ou le traumatisme des bourses séreuses péri-articulaires, bénéficient souvent d'une mobilisation active précoce après suppression de la douleur. L'existence de raideur, de spasmes, de contractions musculaires, s'opposant aux mouvements, rendent parfois difficile la mobilisation. Avant de la tenter, il faut préciser la part exacte qui revient à la contracture. L'anesthésie générale, ou locale, quelquefois l'infiltration d'un ganglion sympathique lombaire, sont précieuses. Parfois, pour triompher définitivement d'une contracture, un moyen efficace consiste, après l'avoir fait céder, à immobiliser l'articulation dans un appareil plâtré pendant quelques heures.

Robert Clément.

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX ET DU SUD-OUEST

Delmas - Marsalet, Bergouignan et **Lafon.** ***Etude clinique d'une pathomime*** (*Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*, t. **115**, n° 13, 26 Mars 1938, p. 329-335). — Une jeune fille de 27 ans, pendant plus de 3 ans, s'est inoculé volontairement plus de 200 abcès sous-cutanés. Ces abcès ont d'abord paru relever de cause naturelle jusqu'au jour où une surveillance étroite a permis d'en savoir l'origine.

De santé délicate, cette jeune fille a mené, jusqu'à 20 ans, une existence normale. A cette époque, elle a présenté un zona intercostal qui a évolué vers la suppuration : de nombreux abcès spontanés ont dû être incisés à cette époque, puis tout rentra dans l'ordre. Quelques mois plus tard, des douleurs lombaires droites apparaissent, accompagnées d'une albuminurie importante et d'hématurie, finalement rattachées à une tuberculose rénale et traitées par néphrectomie.

La malade nerveuse, présentant des cauchemars la nuit fut traitée par des injections médicamenteuses, l'une d'elles suivie d'un abcès. La malade confessa ultérieurement que cet abcès qui la fit beaucoup souffrir, lui « donna une joie intérieure et un calme inexplicable ». De là lui vint l'idée de se faire elle-même des piqûres dans l'intention de provoquer des abcès. Cette idée devint une obsession, d'où la répétition des inoculations sous-cutanées.

Dans la provocation des abcès, il n'y avait aucune intention d'auto-châtiment, aucune recherche de perfection morale ; on n'a pu trouver aucun trouble de la sphère sexuelle, ni aucun intérêt amoureux pour la personnalité du médecin appelé à inciser les abcès.

Chez cette pathomime, le mécanisme psychopathologique est bien différent de la simulation vaniteuse, de cet appétit d'être un centre qui caractérisent habituellement ces sujets. La provocation des abcès apparaît comme une manière de remède à un état d'inquiétude ou de souffrance morale. Elle représente donc un type psychopathique rare, profondément différent de la pathomimie ordinaire. Sa place est plus au chapitre des dérivations émotives qu'à celui de la mythomanie.

Robert Clément.

LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

P. Wertheimer et **G. Mimoun.** ***Les résultats éloignés de la neurotomie rétro-gassérienne par voie temporale. D'après une statistique personnelle*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. **19**, n° 436, 5 Mars 1938, p. 151-155). — Dans la thérapeutique de la névralgie faciale essentielle, la neurotomie rétro-gassérienne a fait ses preuves au point de vue innocuité et efficacité. Il est intéressant d'en préciser les résultats éloignés.

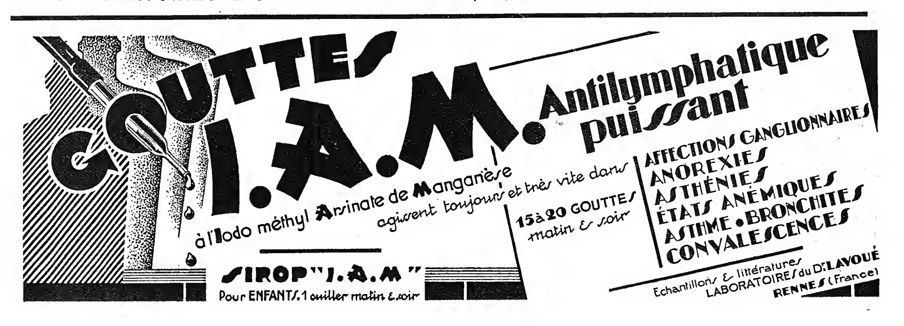
Sur 78 cas, il y eut 2 morts opératoires affectant les 10 premiers cas. 56 observations ont pu être retenues pour l'étude des résultats à distance: 47 malades ont été revus, 9 ont répondu à un questionnaire détaillé. Tous avaient été opérés depuis un temps variant de 8 mois à 13 ans.

8 malades ont fait une récidive vraie et ont présenté des douleurs ayant tous les caractères de la névralgie faciale authentique. 5 de ces malades furent réopérés: dans 2 cas, la section était incorrecte, pré-ganglionnaire; dans 3 cas, elle était correcte, mais incomplète. La neurotomie totale rétro-ganglionnaire fut pratiquée et le résultat thérapeutique obtenu. Une autre malade récidiviste après une sédation de 3 ans n'eut aucun soulagement après une deuxième intervention. Sur les 8 récidives, 2 sont imputables à une faute technique, 4 à une neurotomie correcte mais partielle. Deux échecs, l'un persistant après neurotomie juxta-protubérantielle, peuvent être rapportés à une erreur de diagnostic.

4 fois, on a observé la bilatéralisation des phénomènes douloureux (soit une proportion de 5 pour 100).

Des phénomènes paresthésiques affectant le territoire énervé ont été constatés. Après 4 mois, on a noté une hypoesthésie de l'hémiface avec zone importante d'anesthésie complète, une hypoesthésie de la muqueuse buccale, un réflexe cornéen normal. La sensibilité cornéenne est la première rétablie, puis celle de la muqueuse; l'anesthésie cutanée est la plus durable et dure 4 ans environ.

Il faut encore signaler des sympathalgies transitoires, des complications oculaires (9 pour 100 de kératites), des troubles trophiques cutanés et des


GOUTTES I.A.M.
Antilymphatique puissant
à l'Iodo méthyl Arsinate de Manganèse
agissent toujours et très vite dans
15 à 20 GOUTTES matin & soir
AFFECTIONS GANGLIONNAIRES
ANOREXIES
ASTHÉNIES
ÉTATS ANÉMIQUES
ASTHME • BRONCHITES
CONVALESCENCES
SIROP "I.A.M"
Pour ENFANTS, 1 cuiller matin & soir
Echantillons & littérature
LABORATOIRES du Dr LAVOUÉ
RENNES (France)

paralysies post-opératoires: 9 cas de paralysies de la branche motrice; 3 cas de paralysie du moteur oculaire commun et 2 cas de paralysie faciale.

Robert Clément.

P. Bonnet. ***Les complications oculaires des oreillons (Manifestations oculaires de l'infection ourlienne)*** [*Le Journal de Médecine de Lyon*], t. **19**, n° 437, 20 Mars 1938, p. 171-181). — Les manifestations de l'infection ourlienne sur l'appareil visuel sont relativement rares. Leur diversité tient à ce qu'elles atteignent le système visuel en des parties différentes et n'ont entre elles aucun lien.

Le moins rare de ces accidents est la dacryo-adénite ourlienne: dans certaines épidémies on l'a observée jusque dans 20 pour 100 des cas. Elle est toujours bilatérale et va de la fluxion lacrymale simple à la dacryo-adénite aiguë. L'induration de la glande lacrymale persiste quelques jours, puis disparaît en quelques semaines; jamais il n'a été observé de suppuration.

Les conjonctivites ourliennes ne présentent aucune gravité; spontanément ou sous l'influence du traitement, elles guérissent en l'espace de quatre à cinq jours.

La kératite apparaît au cours même de la fluxion parotidienne et se manifeste parfois de façon impressionnante par un trouble subit de la vision. La cornée est uniformément trouble, soit en totalité, soit au niveau du triangle limbique. Dans tous les cas publiés, la kératite s'atténue en une quinzaine de jours, laissant une vision absolument normale.

Les observations d'épisclérite se comptent.

La ténonite ourlienne est également exceptionnelle.

Un certain nombre de cas d'iritis consécutives aux oreillons ont été publiés : iritis simples, iridocyclite, iritis avec trouble du vitré. On a peut-être trop facilement jusqu'ici englobé sous l'appellation d'oreillons des observations qui n'ont en commun que la parotidite bilatérale et appartiennent à des affections d'étiologie très différente. L'atteinte du nerf optique, au cours de l'infection ourlienne, est moins exceptionnelle: névrite rétrobulbaire, neuro-rétinite simple ou œdémateuse.

Il faut citer encore les paralysies oculaires, celles de l'accommodation, le zona du trijumeau, l'héméralopie, la thrombose de la veine centrale de la rétine.

Des manifestations oculaires doivent être étudiées en considérant l'infection ourlienne comme due à un virus filtrant ayant des affinités pour les glandes salivaires et génitales et le système nerveux.

Robert Clément.

P. Bonnet et **G. Bonamour.** ***Les manifestations oculaires de l'endocardite maligne à évolution lente*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. **19**, n° 437, 20 Mars 1938, p. 191-201). — L'endocardite maligne à évolution lente donne fréquemment lieu à des manifestations emboliques: la rétine n'échappe pas à ce processus qui, à son niveau, se révèle par des symptômes variés.

Dans des cas exceptionnels, comme il en est rapporté 1 cas, l'endocardite peut être révélée par un trouble visuel subit et dramatique: l'amaurose unilatérale par embolie de l'artère centrale de la rétine. Cette embolie peut réaliser le tableau ophtalmoscopique classique et évoluer sans aucun signe inflammatoire surajouté.

Au cours de l'évolution de l'endocardite maligne, alors que l'attention n'est attirée sur l'œil par aucun trouble fonctionnel, l'examen systématique du fond d'œil révèle, dans une proportion de 40 pour 100 des cas, des altérations rétiniennes de grande valeur pour le diagnostic de la maladie. La rétinite septique se manifeste sous des aspects divers. Hémorragies et foyers blancs de la rétine s'installant très rapidement. Elles apparaissent souvent peu de temps avant la mort et n'ont pas le temps de se modifier. Quand la survie est prolongée, l'aspect ophtalmoscopique change, la papille s'affaisse, devient pâle et moins œdémateuse.

La rétinite septique de Roth est caractérisée par de petits foyers blancs bien circonscrits n'ayant aucune tendance à l'extension et par des hémorragies. Ce sont probablement des foyers de nécrose limitée de la rétine au niveau de colonies microbiennes essaimées par voie sanguine.

Le processus embolique peut atteindre en même temps le tractus uvéal; on a l'impression de se trouver en présence d'une ophtalmie métastatique. Il y a association de lésions rétiniennes et choroïdiennes.

Un certain nombre d'observations mentionnent l'aspect inflammatoire et la saillie de la papille: réalisant une véritable papillite.

Tous les faits publiés ne se rapportent pas à des cas indiscutables d'endocardite maligne à évolution lente, type Jacoud-Osler. Il est souvent fait mention de septicémie à agents pathogènes variés.

Les altérations rétiniennes ont une valeur diagnostique et sont aussi un signe de fâcheux pronostic.

Robert Clément.

LYON MÉDICAL

Ch. Roubier. ***Le pronostic des abcès du poumon*** (*Lyon-Médical*, t. **161**, n° 16, 17 Avril 1938, p. 437-447). — La statistique de R. comprend 46 cas d'abcès pulmonaires proprement dits, dits primitifs, ou survenant dans des conditions étiologiques imprécises dont le diagnostic a été basé sur les signes fonctionnels, les signes physiques et surtout l'aspect radiologique. Il a écarté les suppurations consécutives aux affections pulmonaires pré-existantes, cancers du poumon à forme d'abcès, infarctus suppuré, kyste hydatique suppuré. Il est souvent difficile de séparer l'abcès du poumon de la pleurésie interlobaire. Encore plus de préciser la limite entre l'abcès et la gangrène. Sont aussi éliminés, les abcès amibiens, les abcès consécutifs à des traumatismes de guerre, les abcès compliquant un cancer d'œsophage.

Dans le plus grand nombre de cas, le pronostic *immédiat* est favorable, bien qu'il existe des formes graves entraînant la mort rapidement.

Quant au pronostic éloigné, les résultats globaux sont les suivants : sur 46 cas, 24 cas ont guéri par le seul traitement médical, au bout d'un temps variable (52 pour 100), 22 (soit 48 pour 100), ont eu une évolution défavorable, 9 ont abouti à la mort (19 pour 100), 13 ont passé à la chronicité. Sur ces derniers, 10 ont été soumis au traitement chirurgical : 3 thoracoplasties basses sans ouverture de la poche, avec 2 résultats assez satisfaisants et 1 résultat nul. Dans les 7 autres cas, où l'intervention a consisté dans l'ouverture de l'abcès (pneumotomie), il y eut 6 résultats médiocres ou nuls et 1 très beau succès.

L'âge, le sexe, la topographie de l'abcès, ses dimensions ne sont pas des éléments de pronostic de valeur. La multiplicité des abcès est en général d'un pronostic sévère. Les abcès les plus fétides ne sont pas toujours les moins curables. On ne peut guère davantage se baser sur la présence d'hémoptysie ou l'examen bactériologique des crachats pour faire un pronostic.

Robert Clément.

LYON CHIRURGICAL

(Paris)

R. Leriche et **A. Jung.** ***Fissures osseuses spontanées non traumatiques, d'origine indéterminée*** (*Lyon Chirurgical*, t. **35**, n° 1. Janvier-Février 1938, p. 47-52). — L'observation nouvelle est, disent L. et J, versée « au dossier d'une lésion, nous n'osons dire d'une maladie, isolée depuis peu et sur laquelle nous ne savons rien ».

Une malade K. L., 38 ans, souffre des hanches, surtout de la droite, en 1934, lorsqu'elle marche, surtout le soir; parfois elle boite. En octobre, fracture de l'avant-bras droit par chute dans un escalier, suivie de consolidation normale. En Avril 1937, la gêne douloureuse plus marquée amène la malade à consulter.

Rien aux articulations des hanches, le squelette ne présente d'anormal que les fissures situées : bilatéralement et symétriquement à la partie inférieure et interne du col du fémur, et, à gauche, à la partie supérieure de la branche ischio-pubienne.

Signes biochimiques manifestes d'une tétanie latente : calcémie abaissée (0 gr. 074 par litre de sérum) de même que la calciurie (0 gr. 027 en vingt-quatre heures).

Le traitement par extraits parathyroïdiens, chaux, rayons ultra-violets et vitamine D, a une heureuse influence sur la douleur et le nervosisme de la malade, la calcémie passe à 0 gr. 082 et la calciurie à 0 gr. 052 en vingt-quatre heures.

L. et J. donnent encore deux radiographies montrant les mêmes incisures sur la partie inférieure du col et sur les branches ilio-pubiennes d'une malade du Dr Tassin; ces lésions osseuses étant, dans ce cas encore, associées à de l'hypocalcémie et à une calciurie faible. Ils rappellent les observations déjà publiées, en particulier celle de Milkmann, et se demandent s'il n'y a pas lieu de compter parmi elles, celle publiée par P. Duval et Merle d'Aubigné en 1935 dans le *Journal de Chirurgie* et regardée par eux comme vraisemblablement en rapport avec la dysplasie périostale.

P. Grisel.

BULLETINS ET MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE MARSEILLE

A. Picaud et **J. Lamy** (Marseille). ***A propos d'un cas de tétanos post-opératoire*** (rapport de **J. Cottalorda**). [*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Marseille*, Janvier 1938, p. 41-46]. — Un jeune jardinier, atteint d'une fracture fermée des deux calcanéums, est opéré de sa lésion gauche (fracture sous-thalamique avec affaissement de la voûte plantaire) : Réduction sanglante du déplacement et mise en place de trois greffons tibiaux; fermeture sur drainage filiforme aux crins après hémostase au fin catgut de 2 ou 3 petits vaisseaux sous-cutanés; plâtre.

Au septième jour, il se plaint d'une certaine « raideur » aux mouvements, mais le lendemain : trismus et nette raideur de la nuque. Aucune fièvre. Plaie normale en tout après sa désunion. Malgré un traitement sérothérapique intensif, décès en hyperthermie au dixième jour.

P. et L. et leur rapporteur ne retiennent pas l'hypothèse « catgut » ou « stérilisation » dans la cause du tétanos. Mais deux points s'affrontent comme toujours dans semblables observations et qui seront difficilement contrôlables: faut-il admettre la préexistence humorale de spores que le traumatisme opératoire a appelées au lieu de moindre résistance ? Faut-il plus bonnement penser que la peau les a conservées malgré les soins pré-opératoires ?

Il semble que cette seconde hypothèse fut, bien que non exprimée, celle de la Société de Chirurgie puisque toutes les discussions qui suivirent ce rapport roulèrent sur le meilleur mode de désinfection des téguments.

Marcel Arnaud.

MEDIZINISCHE KLINIK

(Berlin, Prague, Vienne)

I. Scharff (Göttingen). ***Forme thromboplastique du purpura*** (*Medizinische Klinik*, t. **34**, n° 3, 21 Janvier 1938, p. 82). — S. rapporte le cas d'un enfant de 4 ans présentant d'abondantes hématémèses et des épistaxis.

Le jour de son hospitalisation un examen de son sang a donné : taux de l'hémoglobine, 46 pour 100; érythrocytes, 2.130.000; globules blancs, 6.900; thrombocytes, 15.000.

Un traitement fut immédiatement prescrit ayant pour base de fortes doses de vitamine C et des transfusions. Malgré cela les hémorragies ont persisté, le taux d'hémoglobine est descendu jusqu'à 23 pour 100.

S. fit pratiquer alors une ablation de la rate, mais deux jours après l'intervention, les hémorragies reprenaient de plus belle et le taux de l'hémoglobine s'abaissait jusqu'à 18 pour 100.

Le nombre de globules rouges variait entre 3.000.000 et 3.700.000, le nombre des globules blancs était normal, les thrombocytes s'abaissaient jusqu'à 5.000.

S. élimine la possibilité d'existence d'une rate supplémentaire. Etant donné par ailleurs l'absence d'affection quelconque, et l'absence d'administration de médicaments tels que: la quinine, le salvarsan, etc. S., pense qu'il s'agit en l'espèce d'une incapacité absolue et naturelle du sang de se régénérer lui-même. Cette incapacité est probablement due à une lésion de la moelle osseuse. Ceci exclurait la raison pour laquelle l'ablation de la rate a eu de l'effet pendant quelques jours seulement.

S. a procédé à une ponction du sternum et a constaté que le nombre de plaquettes était aussi bas que dans le sang périphérique, résultat qui concorde avec un cas déjà connu de thrombopénie.

S. conclut en disant qu'il croit que dans tous les cas où le nombre de plaquettes est inférieur à 10.000, une extirpation de la rate est inutile, ce traitement restant sans résultat. Il indique en outre qu'il ne voit aucun traitement susceptible d'avoir quelque résultat heureux.

G. Hausser.

H. Angerer (Leipzig). ***Traitement des érésipèles*** (*Medizinische Klinik*, t. **34**, n° 6, 11 Février 1938, p. 175-178). — A. commence par distinguer les formes légères et les formes graves. On a recommandé depuis longtemps le traitement par l'argent colloïdal (récemment par le « prontosil »).

A. a observé 152 cas d'érésipèles dont 90 peuvent être considérés comme légers. Ces 90 cas légers furent traités localement par des applications d'ichtyol ou des pansements alcoolisés. Dans la moitié des cas, le traitement par le prontosil a donné certains résultats. Cependant A. pense que les résultats obtenus sont meilleurs qu'avec les autres méthodes.

Sous la forme d'érésipèle grave, A. détermine tous les cas sur lesquels se sont greffés des complications. Il a observé 7 cas avec de graves complications locales: abcès, phlegmons, gangrène. Dans ce groupe le traitement local fut à peu près infructueux et l'issue fatale a été de règle, l'érésipèle était compliqué de syndromes infectieux généraux. A. signale que dans d'autres cas, où l'érésipèle était compliqué d'anthrax, d'escarres, produits par le décubitus prolongé, la mortalité était également très élevée.

A. tout en signalant que, dans ces cas, la mort ne fut pas due uniquement à l'érésipèle, pense que cette affection entre pour une part dans l'affaiblissement général et rapide des malades. Il signale surtout que dans tous les cas compliqués, le traitement chimio-thérapeutique ne donne aucun résultat.

Actuellement aucune médication n'a encore pratiquement éliminé la forme mortelle de l'érésipèle.

G. Hausser.

E. Friedländer et **M. Scgaltizer** (Vienne). ***La phlébite migratrice et son traitement*** (*Medizinische Klinik*, t. **34**, n° 7, 18 Février 1938, p 223-225). — La « phlébite migratrice » est distincte des autres thromboses veineuses. Elle se manifeste principalement dans les veines sous-cutanées. On perçoit des plaques inflammatoires et des cordons indurés qui s'étendent sur une longueur de 2 à 10 *cm*. Cette inflammation peut persister de 2 à 3 semaines. L'infiltration inflammatoire se manifeste surtout dans la tunique adventice de la veine, progresse vers la tunique moyenne et ce n'est que lorsque la tunique interne est infectée et enflammée à son tour que des thrombus se forment.

F. et S. constatent que la « phlébite migratrice » n'est pas due à des troubles circulatoires, elle est plutôt en rapport avec les foyers d'inflammation tels que les granulations dentaires, ou avec certaines formes de rhumatismes essentiels et infectieux.

F. et S. pensent que la rate est l'organe qui lutte essentiellement contre les foyers d'infection, ils ont traité 10 cas de phlébites migratrices par l'irradiation aux rayons X de cet organe. Un traitement fut institué pendant 6 jours consécutifs et en même temps les plaques inflammatoires étaient enduites de teinture d'iode à 5 pour 100. Dans les 10 cas, où le traitement avec les rayons X fut appliqué, la guérison fut très rapide et complète, alors qu'en général la phlébite oblige le malade à garder le lit pendant plusieurs semaines. L'application de ce traitement permet aux malades de marcher, de vaquer à leurs occupations.

F. et S. concluent en affirmant que l'irradiation de la rate n'a jamais amené de résultats pouvant nuire à la santé des malades.

G. Hausser.

MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

F. Doberer. ***Utilisation de la réaction diastasique de Wohlgemuth pour le diagnostic des affections aiguës de la région hypogastrique*** (*Munchener medizinische Wochenschrift*, t. **84**, n° 44, 29 Octobre 1937, p. 1721-1724). — La réaction s'effectue en répartissant dans une série de tubes à essais des dilutions de plus en plus faibles d'urine en solution chlorurée sodique additionnée de solution d'empois d'amidon faible. Les tubes sont maintenus une demi-heure à 38°, puis refroidis et additionnés de II gouttes de solution iodo-iodurée. Le premier tube qui prend une coloration violette montre les limites de l'action amylolytique de l'urine examinée. Cette action est exprimée en unités correspondant au pouvoir diastasique de 1 cm^3 d'urine en une demi-heure.

L'étude systématique de cette réaction montre son intérêt dans le diagnostic différentiel des affections pancréatiques.

Dans les pancréatites hémorragiques on note les premiers jours des valeurs élevées de diastase urinaire.

Les accès graves de lithiase du cholédoque provoquant une altération passagère du pancréas s'accompagnent aussi d'élimination accrue de diastase par les urines.

Dans quelques cas de cholécystites une légère augmentation du taux diastasique démontre une participation pancréatique dont on doit tenir compte pour le pronostic.

Les ulcères perforés ne s'accompagnent que d'une faible augmentation diastasique, ainsi que quelques cas d'occlusion intestinale aiguë.

G. Dreyfus-Sée.

J. Brock. ***Acrodynie chez 2 frères*** (*Munchener medizinische Wochenschrift*, t. **84**, n° 44, 29 Octobre 1937, p. 1725-1727). — Deux frères âgés de 8 ans et de 3 ans 1/2 ont présenté à quelques années d'intervalle le tableau clinique typique d'une acrodynie. On note chez tous deux des troubles psychiques, de la sudation excessive, une coloration violacée des extrémités avec prurit, douleurs, et desquamation, de l'hypotonie musculaire progressive, de l'hypertension et de la tachycardie.

Cette observation intéressante du point de vue clinique permet de poser la question, actuellement très controversée, de la contagiosité de l'acrodynie ou du déclanchement de l'affection chez des porteurs latents de virus sous l'influence d'une maladie banale intercurrente.

G. Dreyfus-Sée.

F. Lickint. ***Organisation économique allemande de la culture des champignons et nutrition du peuple allemand*** (*Munchener medizinische Wochenschrift*, t. **84**, n° 44, 29 Octobre 1937, p. 1735-1737). — L. rappelle que les champignons étaient considérés comme des mets de choix par les sénateurs romains, mais la crainte des accidents toxiques a empêché l'utilisation de cet aliment malgré les progrès considérables accomplis dans l'étude de ses propriétés.

La valeur alimentaire des champignons est bien connue : ils comportent selon les espèces 2 à 5 pour 100 de protéines à l'état frais, et 20 à 45 pour 100 sous forme desséchée. La graisse représente 0,2 à 0,4 pour 100 des champignons frais, 1,6 à 3,9 pour 100 des secs; les hydrates de carbone s'élèvent à 2,5 à 5 pour 100 (frais) ou 30 à 40 pour 100 (desséchés); les substances minérales correspondent à 0,7 à 1 pour 100 (frais) et 6 à 8 pour 100 (secs) avec en particulier un taux élevé de potassium et de phosphore. Les champignons frais contiennent des vitamines A, B et D, mais manquent de vitamine C. La valeur calorique s'élève à 30-45 c (frais) et 250 à 300 (secs) pour 100 *g*. de champignons.

Ce légume a donc une valeur alimentaire égale et souvent supérieure aux autres légumes utilisés habituellement. Il est aisément digestible pour un tube digestif sain et peut avoir une action légèrement laxative corrigible par l'association de riz ou de pommes.

Quelques-unes des conditions pratiques de nature à faciliter la culture, le tri et la vente des champignons au public sont envisagées: propagande, leçons dans les écoles, organisation de la récolte à une date différente des récoltes d'autres plantes potagères ou céréales, utilisation des chômeurs, organisation des conserves, du desséchement, organisation de l'exportation, encouragement à la culture des champignons, etc.

Dans la lutte contre la non-utilisation des ressources naturelles, l'organisation systématique et rationnelle de la culture et du commerce des champignons peut avoir son importance.

G. Dreyfus-Sée.

K. Stetter. ***Résultats de la tonsillectomie totale chez 331 rhumatisants*** (*Munchener medizinische Wochenschrift*, t. **84**, n° 47, 19 Novembre 1937, p. 1857-1859). — Le traitement prophylactique et thérapeutique du rhumatisme par la tonsillectomie a été apprécié de façon diverse par les auteurs américains et allemands qui ont étudié la question.

Il paraît donc intéressant de publier une statistique portant sur un très grand nombre de rhumatisants (397) chez lesquels une tonsillectomie totale a été pratiquée depuis 2 années.

Parmi ces malades 331 ont pu être retrouvés et réexaminés. Seuls 20,5 pour 100 d'entre eux étaient incapables de travailler; chez les autres, l'amélioration obtenue après le traitement avait persisté.

Les progrès observés sont sensiblement moindres chez les malades présentant un rhumatisme articulaire chronique d'emblée que chez ceux qui ont un rhumatisme articulaire aigu, subaigu ou chronique secondaire. Dans l'ensemble les résultats paraissent nettement favorables et doivent inciter à poursuivre énergiquement le traitement curatif focal.

Il est intéressant de noter les résultats des examens bactériologiques des sécrétions amygdaliennes des malades opérés.

On a trouvé 62 fois, strepto-viridans; 37 fois, strepto-hémolytique; 30 fois, strepto-viridans et hémolytique associés; 23 fois, strepto-viridans et staphylo-hémolytique; 19 fois, strepto-viridans, staphylo-hémolytique et association fuso-spirillaire; 5 fois, staphylo-hémolytique; 2 fois, staphylo-doré hémolytique; 6 fois, staphylo non hémolytique; 1 fois, bacilles de Friedländer et 1 fois pneumocoques.

G. Dreyfus-Sée.

M. Hochrein et **K. Schneyer.** ***Contribution à la pathogénie de l'embolie pulmonaire*** (*Munchener medizinische Wochenschrift*, t. **84**, n° 49, 3 Décembre 1937, p. 1929-1934). — Nos connaissances actuelles sur la régulation nerveuse de la circulation pulmonaire ne nous permettent plus d'admettre les théories mécaniques concernant les troubles cardiaques et vasculaires qui conditionnent l'embolie pulmonaire. Même dans les plus petites embolies, les réactions vasomotrices provoquent des troubles réflexes qui se manifestent par un spasme des vaisseaux pumonaires et amènent une hypertension pulmonaire. Ce phénomène peut déterminer dynamiquement et peut-être aussi par voie réflexe une diminution de l'afflux sanguin dans le cœur gauche, ce qui contribue à provoquer les modifications tensionnelles aortiques entraînant le shock.

En outre, l'action réflexe coronarienne peut se produire et lorsqu'elle survient du côté droit, les manifestations prennent une gravité considérable du fait de la tension pulmonaire accrue qui exige une plus grande action du cœur droit et par conséquent une meilleure circulation à son niveau. Or, le réflexe pulmo-coronarien entraîne une vaso-constriction coronarienne défavorable. Selon l'état des vasomoteurs et la capacité de résistance du ventricule droit le réflexe coronarien sera capable ou non de dominer et d'entraîner une véritable insuffisance coronarienne droite d'où résulte une défaillance cardiaque parfois mortelle. Par contre, l'action réflexe de l'hypertension pulmonaire sur l'artère coronaire gauche augmente la circulation. De nombreux électro-eardiogrammes pris au cours d'essais expérimentaux ou en clinique fournissent des indications intéressantes sur ce mécanisme complexe; mais on est obligé de tenir compte dans leur interprétation d'une série de facteurs variables.

G. Dreyfus-Sée.

BRUNS' BEITRAGE ZUR KLINISCHEN CHIRURGIE (Berlin)

Herbig (Fribourg-en-Brisgau). ***Résultats éloignés des interventions pour plaies des nerfs*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **166**, n° 3, Octobre 1937, p. 414-435). — 41 cas de plaies des nerfs concernant tous des blessés de sexe masculin ont été observés depuis 1928 à la clinique de Fribourg. 24 ont pu être retrouvés; dans 9 autres cas les blessés étaient déjà très améliorés à leur sortie de l'hôpital; 2 autres ont pu donner de leurs nouvelles si bien qu'en fin de compte il ne reste que 6 blessés sur le sort desquels on n'a pu obtenir de renseignements.

Ces 41 cas concernent: 17 lésions indirectes et 24 lésions directes des nerfs: 3 blessures de guerre et 38 plaies de la pratique civile. — 19 plaies par section; 10 compressions (fractures-cicatrices, cals); 1 cas de compression par appareil plâtré; 2 cas par accidents d'automobile (lésions du plexus brachial); 3 blessures par projectiles (1 projectile inclus).

4 cas de blessures du nerf radial ont donné 3 guérisons rapides, 1 cas peu amélioré.

1 cas de blessure du nerf musculo-cutané: guérison complète.

2 cas de blessures du sciatique poplité externe: 1 guérison complète, 1 amélioration.

6 cas de blessures du médian: 4 guérisons, 1 amélioration, 1 mauvais résultat.

10 cas de blessures du cubital: 3 guérisons, 7 améliorations.

4 cas de blessures combinées médian et cubital: 1 guérison, 3 améliorations.

8 cas de blessures du plexus brachial: 1 guérison, 6 améliorations, 1 échec, soit 41.2 pour 100 de guérisons, 52,94 pour 100 d'améliorations, 5,86 pour 100 d'échecs.

Les interventions ont consisté en suture simple: 20 cas; suture en V: 1 cas; implantation en fente: 1 cas; implantation: 1 cas; transplant: 1 cas; transposition: 2 cas; résection osseuse: 1 cas. Ce sont les sutures qui donnent les meilleurs résultats. L'auteur envisage ensuite le traitement post-opératoire et les troubles trophiques consécutifs aux plaies des nerfs.

J. Sénèque.

Kux (Innsbrück). ***Pathologie et chirurgie des voies biliaires*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **166**, n° 3, Octobre 1937, p. 437-460). — Il s'agit d'une étude statistique sur 1.270 cas d'interventions chirurgicales sur les voies biliaires comprenant: 996 cholécystectomies simples; 246 cholécystectomies avec ouverture du canal cholédoque (188 ouvertures sus-duodénales, 58 trans-duodénales). 6 cholécystostomies, 2 drainages simples, 13 anastomoses, 7 laparotomies exploratrices ou opérations plastiques.

512 malades ont pu être revus parmi lesquels 392 étaient complètement guéris et exempts de douleurs, soit 76,6 pour 100; 120 malades ont présenté des récidives douloureuses, soit 23,4 pour 100. On a noté enfin 14 éventrations, soit 2,7 pour 100.

Sur ces 512 malades revus, il s'agissait dans 440 cas de cholécystite calculeuse; dans ces cas les récidives douloureuses ont été notées 93 fois, soit 21,1 pour 100: ; dans 72 cas où il s'agissait de cholécystite non lithiasiques traitées par cholécystectomies on note 27 récidives douloureuses, soit 37,5 pour 100.

Sur ces 1.270 malades opérés on relève 114 décès (péritonite: 35; abcès sous-phréniques, phlegmons rétro-péritonéaux et abcès de la paroi: 7; angiocholite et abcès du foie: 10; paralysie intestinale: 1; hémorragies cholémiques: 10; complications pulmonaires: 34; causes diverses: 19).

Il s'est agi, du reste, souvent de cas graves puisque 340 malades étaient ictériques lors de l'intervention.

Comme toujours on note la prédominance des affections des voies biliaires chez la femme: 1.038 cas, contre 232 seulement chez l'homme. On peut également constater que les lésions calculeuses sont surtout fréquentes aux environs de 30 ans et diminuent, au contraire, vers 70 ans. — Enfin, parmi les complications post-opératoires à évolution non mortelles les plus fréquentes ont été: complications pulmonaires: 56; abcès de la paroi: 28; fistules durables: 28; thromboses: 18.

J. Sénèque.

Prins (Groningen). ***Un cas d'actinomycose rénale primitive*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **166**, n° 3, Octobre 1937, p. 460-466). — Le premier cas d'actinomycose rénale primitive a été rapporté, en 1901, par Israël; depuis cette date 18 autres cas ont été publiés, mais 8 seulement peuvent être retenus comme indiscutables (Israël, Stanton, Kunith, Israël, Cecil et Hill, Racić, Schneider, Prins).

L'observation de l'auteur est la suivante:

Il s'agit d'une petite fille âgée de 27 mois; cet enfant a fait, à l'âge de 16 mois, une chute et ne s'est jamais remise; depuis, fatiguée et somnolente, elle devient pâle, contracte les oreillons et se plaint ensuite de douleurs abdominales pour lesquelles elle est amenée à l'hôpital. On se trouve devant une enfant très pâle, et dont la température ne dépasse pas 37°5; la formule sanguine montre: G.R.: 3.980, G.B.: 9.700, hémoglobine: 32 pour 100. L'hémoculture, les réactions de Pirquet, Mantoux sont négatives. On pratique trois transfusions de 150 cm^3 de sang, et un traitement ferrique. L'état général ne s'améliore pas, la température s'élève à 39°, tandis qu'apparaît dans la région abdominale droite une contracture douloureuse. Une pyélographie intraveineuse montre une ectopie rénale bilatérale avec distension des calices à droite. On pose le diagnostic de tumeur rénale et on pratique une néphrectomie droite. Guérison post-opératoire. Une cystoscopie faite deux mois après la néphrectomie ne montre aucune altération vésicale.

Les examens microscopiques, dont l'auteur reproduit d'excellentes figures, ont montré sur toutes les coupes la présence de foyers actinomycosiques. L'examen des urines a toujours été négatif.

J. Sénèque.

Pénitschka (Bonn). ***L'ostéoarthropathie hypertrophiante (maladie de Bamberger-Marie)*** [*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **167**, n° 1, 29 Janvier 1938, p. 75-110]. — L'auteur rapporte une observation de cette curieuse maladie qui fut décrite, en 1889 par Bamberger, et, en 1890, par P. Marie, sous le nom d'ostéoarthropathie hypertrophiante pneumonique.

En Janvier 1937, un homme de 37 ans se présente à la clinique avec les symptômes d'une tumeur pulmonaire droite qui paraît devoir être rattachée à une métastase d'un sarcome de la jambe gauche; d'après l'examen histologique cette tumeur se serait développée sur le terrain d'une ostéite fibro-géodique.

A l'âge de 17 ans, en 1917, ce malade a éprouvé, sans cause apparente, des douleurs dans la cuisse gauche, puis dans le tiers supérieur du tibia gauche. Une biopsie pratiquée sur cet os aurait conclu à un sarcome. Après une suppuration de la plaie opératoire qui dura 8 mois, le malade ne ressent aucun trouble jusqu'en 1931. A cette date, douleurs et tuméfaction sur la cicatrice opératoire.

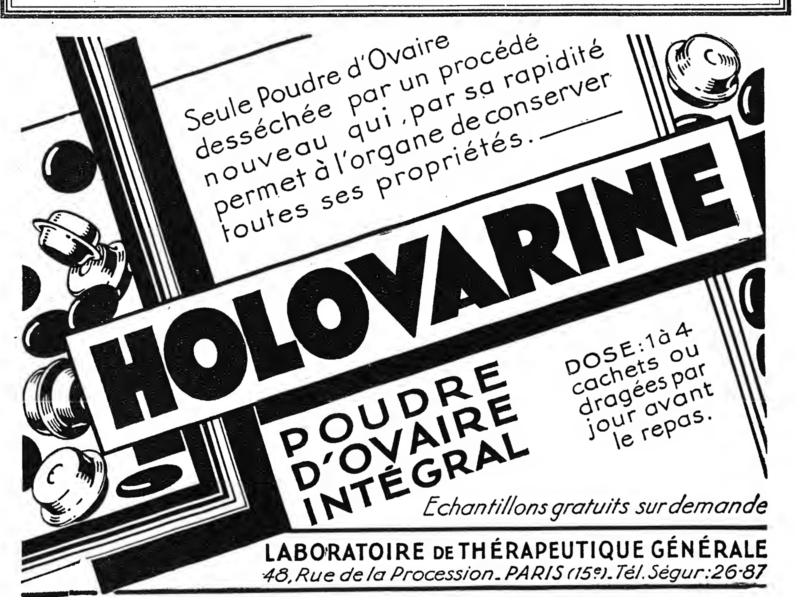
La radiographie montre au niveau du tibia une cavité ayant les dimensions d'une noix avec épaississement du périoste. A l'intervention: kyste à contenu brun noirâtre; il s'agit macroscopiquement d'une ostéite fibreuse, et un nouvel examen histologique ne montre nulle part la présence d'aspect sarcomateux. Fistulisation pendant 4 mois, puis guérison. Revu 2 mois après on constate une adénopathie inguinale, aucune métastase pulmonaire. En Novembre 1936, modifications au niveau des doigts qui prennent l'aspect de baguettes de tambour, puis au niveau des orteils, des avant-bras et de la jambe droite, on pose le diagnostic de rhumatisme. Revu à la clinique le 30 Janvier 1937, on constate l'existence d'une métastase pulmonaire droite et des réactions périostiques hypertrophiantes sur l'ensemble du squelette.

J. Sénèque.

Gaspar (Vienne). ***Diagnostic et traitement de l'iléus biliaire*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **167**, n° 2, Mars 1938, p. 214-229). — La mortalité de l'iléus biliaire oscille suivant les statistiques entre 43 et 68 pour 100. Dans ces dix dernières années, G. a eu l'occasion d'en observer 10 cas dont deux seulement ont été opérés, les 8 autres n'étant que des protocoles d'autopsie. Ces deux cas opérés se sont du reste terminés par la mort.

1° Femme de 55 ans se plaignant de stase biliaire et de troubles cardiaques. Depuis huit jours: douleurs dans l'étage sus-ombilical et vomissements; depuis 48 heures, occlusion intestinale.

Intervention: laparotomie dans la région iléo-cæcale: sang et sérosité dans la grande cavité; cæcum aplati. Après dévidement d'environ deux mètres d'intestin grêle on tombe sur la cause de l'iléus, calcul arrêté dans l'intestin. Entérotomie et suture


Seule Poudre d'Ovaire desséchée par un procédé nouveau qui, par sa rapidité permet à l'organe de conserver toutes ses propriétés.
HOLOVARINE
POUDRE D'OVAIRE INTÉGRAL
DOSE : 1 à 4 cachets ou dragées par jour avant le repas.
Echantillons gratuits sur demande
LABORATOIRE DE THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE
48, Rue de la Procession_PARIS (15e)_Tél. Ségur: 26-87

du grêle. Pose d'un drain dans la partie supérieure pour permettre l'évacuation du suc en rétention. Mort 2 jours après avec phénomènes péritonéaux. Autopsie: péritonite aiguë; fistule cholécysto-duodénale.

2° Femme de 78 ans. Depuis 8 jours, crises douloureuses avec vomissements. Température normale; pouls 96. Sensibilité abdominale. Intervention sous anesthésie locale: sérosité sanglante dans la grande cavité; après avoir dévidé une partie du grêle on tombe rapidement sur le calcul. Entérotomie et suture en 3 plans. Mort 2 jours après. Autopsie: péritonite diffuse; fistule cholécysto-duodénale.

A propos de ces deux observations G. rappelle les diverses formes cliniques de l'iléus biliaire: forme aiguë, forme rémittente, forme latente, expose les difficultés du diagnostic et les ressources de la thérapeutique médicale qu'il faut mettre en œuvre après l'intervention. Ces 2 observations prouvent qu'elles sont néanmoins loin de permettre d'obtenir la guérison quand les malades sont opérés trop tardivement.

J. Sénèque.

Feenders (Göttingen). ***Les résultats éloignés des cas de cancers opérés à la clinique de Göttingen, de 1912 à 1931*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **167**, n° 2, Mars 1938, p. 311-322). — Travail de statistique un peu ingrat à analyser, mais dont les chiffres sont néanmoins intéressants à relever.

Sur 1.040 malades opérés pour cancer, les lésions se répartissent comme suit: cancers du sein, 443; cancers de l'estomac, 231; cancers du rectum, 185; cancers du gros intestin, 55; cancers de la verge, 32; cancers de la prostate, 23; cancers du testicule, 17; cancers des voies biliaires et du larynx, 16; cancers musculaires, 13; cancers des reins et de la vessie, 4; cancers des annexes, 2; enfin, 1 cancer de la vulve, 1 de l'épiploon et 1 entérokystome.

Sur ces 1.040 cas, opérés entre 1912 et 1931, 294 sont encore vivants 5 ans ou plus après leur opération. Au-delà de 5 ans la survie a donc été de 28,3 pour 100; au delà de 20 ou 25 ans: 17 malades.

Cancers du sein: au delà de 5 ans: 35,2 pour 100; au delà de 10 ans, 13,5 pour 100; au delà de 15 ans, 6,5 pour 100; au delà de 20 ans, 1,5 pour 100.

Cancers de l'estomac: au delà de 5 ans, 15,1 pour 100; de 10 ans, 5,2 pour 100; de 15 ans, 1,7 pour 100; de 20 ans, 0,8 pour 100.

Cancers du gros intestin: au delà de 5 ans, 30,9 pour 100; de 10 ans, 16,5 pour 100; de 15 ans, 3,6 pour 100; de 20 ans, 1,8 pour 100.

Cancers du rectum: au delà de 5 ans, 24,9 pour 100; de 10 ans, 10,8 pour 100; de 15 ans, 5,4 pour 100; de 20 ans, 1,6 pour 100.

Sur ces 1.040 cas la mortalité par la lésion elle-même ou une métastase a été de 52 pour 100. La mortalité opératoire de 15,7 pour 100; mortalité par maladie intercurrente: 10 pour 100.

Feenders termine cet article sur 3 cas de cancers irradiés. Une malade vue en Mai 1922 avec un énorme cancer ulcéré du sein jugé inopérable a été traitée par radiothérapie; elle était encore vivante en 1934 avec sa lésion cicatrisée.

Une femme de 35 ans opérée en 1920 d'une simple ablation d'un noyau dans le sein fut ensuite irradiée sur les zones ganglionnaires; revue en 1936 pour métrite hémorragique, elle était encore bien portante en 1937, ayant subi 17 ans auparavant une simple opération partielle.

Homme de 55 ans présentant un cancer du rectum inextirpable et que l'on traite par simple anus iliaque en 1920. Radiothérapie post-opératoire. En 1923 il était toujours en bonne santé et n'est décédé qu'en 1929 par l'évolution de son cancer, après être resté bien portant pendant dix ans.

J. Sénèque.

LE SCALPEL
(Bruxelles)

L. Christophe (Liége). ***Ulcérations et perforations aiguës gastro-duodénales en relation avec des lésions cérébrales*** (*Le Scalpel*, t. **91**, n° 16, 16 Avril 1938, p. 491-498). — De nombreux brûlés présentent des hématémèses, des hémorragies gastriques, parfois même des perforations, qui peuvent emporter le malade avant même que la brûlure n'amène la mort. Au cours de recherches sur la pathologie des brûlés. C. a été amené à suspecter le rôle d'une lésion cérébrale par la toxine des brûlés, comme cause de ces lésions gastriques.

Il fait état ici d'expériences poursuivies chez le chien. Il a réussi 5 fois à perfuser pendant six heures la tête d'un chien B, uniquement avec le sang d'un chien A, atteint de brûlures sur le train postérieur. Les chiens perfusés par du sang de brûlés moururent tous en quelques jours, en présentant, dans leur sang, les troubles que l'on constate chez les brûlés. L'un des animaux présenta quatre ulcérations duodénales spontanées, du type suraigu, tout à fait classiques.

Les coupes du cerveau du chien perfusé montrent sur les cellules des noyaux para-ventriculaires et supra-optiques un aspect laqué de la cellule observé souvent dans les intoxications. Par la méthode d'imprégnation argentique, on constate une hyperchromie du noyau, une altération de l'appareil neuro-fibrillaire intra-cellulaire avec tendance à la forme globuleuse de la cellule.

Ces expériences montrent que chez des chiens présentant des lésions dégénératives du noyau cérébral paraventriculaire, et parfois du noyau supra-optique, peuvent survenir des lésions d'ulcération ou de perforation aiguë. On peut admettre que de pareilles lésions gastro-duodénales puissent survenir à la suite de lésions cérébrales par intoxication ou par toute autre altération para-ventriculaire.

Robert Clément.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA
(Montréal)

M. Bonnier. ***Etude sur le lipiodolage de la trachée et des bron hes à l'aide de la sonde opaque, en caoutchouc flexible ou semi-rigide*** (*L'Union médicale du Canada*, t. **67**, n° 4, Avril 1938, p. 338-349). — Sans vouloir discuter la question de l'emploi du lipiodol, l'auteur se propose d'exposer un procédé courant à la clinique bronchoscopique de Chevalier et Jackson, à Philadelphie.

Il rappelle tout d'abord, et discute les différentes voies proposées jusqu'ici pour l'introduction de l'huile iodée (transpariétale, sus-glottique, inter-crico-thyroïdienne, transglottique, intrabronchique, directe sous contrôle des rayons X).

Il semble à B. « que la voie intratrachéale et bronchique, avec la sonde opaque, en caoutchouc flexible ou semi-rigide, offre une méthode courante de choix permettant le contrôle sous l'écran et l'injection en territoire lobaire déterminé », unilatéral, total ou lobaire.

Technique: Calibre et coudure terminale des sondes sont variables suivant les sujets et la région à explorer; trois sont pratiquement suffisantes (40 *cm.* de longueur, en caoutchouc flexible ou semi-rigide opaque aux rayons de 16 et 18 *mm.* de diamètre dans la majorité des cas, graduées en *cm.*); par exemple: 1° La sonde de Stitt, de type urétral, à extrémité effilée, légèrement coudée, à œil latéral, à sommet présentant un petit bouton fermé, convient aux lobes inférieurs et moyen droit; 2° la sonde graduée de Thomson, à sommet perforé, dont trois modèles diversement coudés conviennent: coudée à angle faible, pour les lobes inférieurs et moyens; coudée à près de 90°, pour les lobes supérieurs; coudée à angle obtus, dans les cas de malformations ou de grandes angulations des bronches quand la sonde précédente n'a pu être introduite; 3° la sonde ordinaire, non coudée, à sommet arrondi, non perforé, à œil terminal latéral, d'emploi simple, et qui permet, suivant la position du sujet, d'injecter tous les lobes. Ces sondes sont facilement introduites, montées sur des stylets appropriés.

En vue de l'examen le sujet sera à jeun de 7 à 10 heures avant le moment fixé; anesthésie locale par vaporisation pharyngée légère, à la poire, de solution de cocaïne à 10 pour 100 par exemple; ensuite, vaporisation à la poire munie d'une canule spéciale des régions oro- puis laryngo-pharyngée, vestibulaire du pharynx, supra-glottique; enfin, après quelques minutes on complète l'anesthésie par injection, à la seringue, de 1 à 2 *cm* de la même solution au niveau des bandes ventriculaires, des cordes vocales et de la glotte. (Pas de calmants préalables, et chez les enfants, pas d'anesthésie, mais quelques modifications de technique.)

La sonde est alors introduite, montée sur le stylet huilé, et sous le contrôle du miroir, au delà de la glotte; à ce moment, laissant le miroir de côté, on insinue la sonde dans la trachée sur 8 à 10 *cm.* en même temps que l'on retire le stylet, et fixée par un adhésif à la commissure labiale. Le sujet est alors conduit sous les rayons où l'on corrige s'il y a lieu la mise en place (une injection de XV à XX gouttes de solution analgésiante permet de supprimer tout réflexe tussigène). Mesures: en moyenne, chez l'adulte mâle, 15 *cm.* des incisives supérieures à la trachée, 27 à l'éperon trachéo-bronchique, 29 dans la bronche droite à l'orifice du lobe supérieur droit, 32 aux orifices des lobes moyen et inférieur; à gauche, 30 à 32 *cm.* pour les orifices des lobes supérieur et inférieur. Chez la femme soustraire 2 à 3 *cm.* La quantité de lipiodol à employer, donnée par Bonnier dans un tableau schématique, varie avec l'exploration que l'on désire faire de 7 à 20 *cm.* (de moins de 5 à moins de 15 chez l'enfant suivant l'âge).

On peut par cette méthode injecter: *unilatéralement*, les lobes moyen et inférieur droits (sonde placée à l'extrémité inférieure de la bronche souche), un des deux lobes inférieurs (en plaçant la sonde dans l'orifice correspondant, en position debout d'abord puis modifiée sous le contrôle des rayons), tout un poumon (d'abord injection du lobe inférieur, puis incliner en Trendelenburg léger et incliner le sujet du côté à examiner la tête soulevée et les genoux fléchis); le lobe ssupérieur (sonde dans l'orifice de la bronche, sujet en Trendelenburg léger, en position dorsale oblique correspondante, et s'il y a lieu en décubitus latéral ou même ventral); le lobe moyen droit (sonde dans l'orifice de la bronche, sujet incliné en avant en oblique latérale droite ou ventrale oblique); *bilatéralement*, à la même séance: injecter d'abord un côté, retirer la sonde au-dessus de l'éperon trachéal, la faire tourner et l'introduire dans la bronche opposée le sujet tournant la tête du côté injecté et faisant face de ce côté, injecter à nouveau.

N.B. — Chez les nourrissons et très jeunes enfants, l'injection est faite directement à travers le bronchoscope.

Dans tous les cas, il y a lieu de faire, aussi rapidement que possible, des téléradiographies en position debout (en 3 à 5 minutes le lipiodol aurait atteint, suivant Bonnier, les bronchioles périphériques).

Les *avantages* de cette méthode seraient les suivants: possibilité de vider les sécrétions trachéo-bronchiques avant injection, injection en territoire déterminé, même très restreint, contrôle sous l'écran de la position à donner et de la quantité à injecter, possibilité de radiographies pendant et après l'injection.

Morel Kahn.

BULLETIN of the JOHNS HOPKINS HOSPITAL (Baltimore)

H. G. Guild, F. B. Kindell et **Th. A. Gibson.** ***Artériosclérose chez l'enfant*** (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, t. **62**, n° 3, Mars 1938, p. 159-187). — Une fillette de 9 ans, atteinte depuis l'âge de 7 mois d'une pyélonéphrite à rechutes, avec de longues périodes de rémission, présenta d'abord à 8 ans de la nycthurie, puis une hypertension progressive atteignant 18 et 20 pour la maxima, avec pus et albumine dans les urines. Dans les semaines qui suivirent, on constata à plusieurs reprises des douleurs abdominales et des vomissements, des selles comme du goudron et enfin, des hématuries. Bien que les réactions pupillaires soient normales, il y avait des altérations marquées du fond d'œil: neuro-rétinite hémorragique bilatérale, et décollement partiel de la rétine à droite.

L'autopsie révéla une artério-sclérose généralisée, des adhérences intestinales responsables du volvulus terminal consécutives à une ulcération de l'intestin et à des lésions artériolaires de la muqueuse. Les reins montraient à la fois une néphrite artérioscléreuse et une pyélonéphrite.

Chez une autre enfant de 9 ans, la maladie avait débuté 2 ans 1/2 avant l'admission, par des céphalées matinales frontales, de plus en plus intenses, puis des douleurs abdominales, puis des urines hémorragiques. La tension artérielle était de 17,5-13, les artères radiales en tuyaux de pipes. L'urine hémorragique contenait en abondance de l'albumine et des amas de cellules de pus. Le fond d'œil était normal. A l'autopsie, malgré la pyurie intermittente et la présence de colibacille dans les urines recueillies par cathétérisme, les reins ne montraient pas de pyélonéphrite comme dans le cas précédent, mais une néphrite artérioscléreuse secondaire aux lésions vasculaires. Il n'y avait pas de sclérose de l'aorte et les organes abdominaux paraissaient normaux.

Chez ces deux enfants, l'artériosclérose a provoqué des symptômes analogues à ceux de l'adulte; cependant, en dépit de l'hypertension et de l'hypertrophie cardiaque, aucune des deux fillettes ne présenta de défaillance cardiaque.

20 autres cas probables d'artériosclérose infantile ont pu être retrouvés dans la littérature. Chez quelques-uns, le diagnostic ne repose que sur le tableau clinique; chez d'autres, c'est l'épaississement et la dégénérescence hyaline de la couche moyenne des artérioles qui a servi de critère diagnostique.

ROBERT CLÉMENT.

L. C. Kolb, A. M. Harvey et **M. R. Whitehill.** ***Etude clinique de la dystrophie myotonique et de la myotonie congénitale avec mention spéciale de l'effet thérapeutique de la quinine*** (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, t. **62**, n° 3, Mars 1938, p. 188-213). — Des essais thérapeutiques ont été faits sur 8 cas de myotonie atrophique et 1 cas de myotonie congénitale, chez des sujets entre 29 et 55 ans, bien étudiés au point de vue clinique, métabolisme, chimie urinaire et sanguine, dynamographisme et biopsie.

Le sulfate de quinine (0 *g.* 60, 4 fois par jour, par voie buccale) abolit le myotonus, mais n'a aucun effet sur la force musculaire. Le sulfate de quinine a contrarié l'action de la prostigmine dans 2 cas de myasthénie grave et a augmenté les symptômes de la maladie.

La prostigmine (15 *mg.* 4 fois par jour, par la bouche), donnée en même temps que la quinine, augmente le myotonus et agit comme un antagoniste direct de l'effet thérapeutique du sulfate de quinine.

Les injections d'extrait parathyroïdien, le chlorure de potassium, l'extrait cortical surrénal n'ont pas diminué le myotonus.

Des tracés dynamographiques ont été réalisés avec un kymographe analogue au tambour de Marey, le dynamomètre étant équipé avec une valve.

Les biopsies musculaires ont montré l'atrophie des fibres musculaires avec quelques groupes hypertrophiés, l'augmentation du nombre des noyaux du sarcolemme, leur aspect pycnotique, etc., et les autres aspects usuels de la dystrophie myotonique.

ROBERT CLÉMENT.

NORSK MAGASIN for LAEGEVIDENSKAPEN (Oslo)

T. Leegaard (Oslo). ***Abcès rétropharyngien; corrosion de l'artère carotide interne; mort*** (*Norsk Magasin for Lægevidenskapen*, an. 98, n° 11, Novembre 1937, p. 1421-1427). — Les hémorragies consécutives à des angines phlegmoneuses, sans être exceptionnelles, ne sont pas très fréquentes. Beaucoup plus rares encore sont les hémorragies qui surviennent à la suite d'un abcès rétropharyngien. En voici un exemple :

Un jeune garçon âgé de 12 ans est atteint d'une angine qui guérit dans les délais habituels; déjà il retourne à l'école. Mais dès le lendemain, la fièvre reprend et la température monte à 40°; la dysphagie reparaît, localisée cette fois principalement au côté droit. Après une rémission éphémère, on fait admettre l'enfant à l'hôpital d'urgence avec le diagnostic d'abcès péritonsillaire compliqué d'hémorragies.

A l'examen on constate que les amygdales sont indemnes; par contre, on aperçoit sur la paroi postérieure du pharynx une fistule qui donne issue à du pus. On se trouve donc en présence d'un abcès rétropharyngien. De plus, on constate qu'il existe une otite droite, pour laquelle on pratique une paracentèse. Mais les hémorragies profuses par la bouche se répètent trois fois dans les 48 heures qui suivent. Le petit malade succombe au cours de la troisième.

La vérification anatomique a permis de confirmer la présence, du côté droit, d'un abcès rétropharyngien. La cavité en est remplie de pus et de caillots sanguins. L'artère carotide interne droite est corrodée à ce niveau, à 2 *cm.* au-dessous de la base du crâne. D'ailleurs la veine jugulaire interne est indemne.

FRANCIS MUNCH.

ACTA CHIRURGICA SCANDINAVICA (Stockholm)

O. Linden (Stockholm). ***Etude comparative du traitement des fractures obliques de la diaphyse tibiale par ostéosynthèse, ostéotraction ou seulement réduction et plâtre*** (*Acta Chirurgica Scandinavica*, t. **80**, Fasc. 4-5, 28 Février 1938, p. 365-430). — L. compare les résultats éloignés du traitement de 151 fractures diaphysaires obliques du tibia hospitalisées à l'hôpital Maria de Stockholm de 1908 à 1932.

De 1908 à 1929, la méthode employée fut l'ostéosynthèse par vis; de 1919 à 1932, on a utilisé l'extension continue squelettique ou l'appareil plâtré simple avec ou sans réduction préalable. Les cas n'ont donc pas été sélectionnés en vue du traitement par l'une ou l'autre de ces méthodes et le matériel se prête bien à l'établissement d'une comparaison, d'autant plus que pendant tout ce temps, l'hôpital a été dirigé par le même chirurgien. Les malades ont tous été réexaminés récemment.

La comparaison montre que l'ostéosynthèse par vis a donné de meilleurs résultats que l'extension continue, tant au point de vue du temps nécessaire à la guérison qu'à celui du résultat définitif. Lorsque l'ostéosynthèse a été exécutée immédiatement après l'accident, le temps de guérison a même été plus court que celui obtenu par le simple appareil plâtré, quoique les cas justiciables du plâtre aient été plus légers que les cas opérés.

Se basant sur ces recherches, L. recommande l'ostéosynthèse par vis immédiatement après l'accident pour les fractures obliques fermées du tibia à condition que l'opération soit exécutée par un chirurgien expérimenté.

ROBERT CLÉMENT.

O. Arnell. ***De la gangrène diabétique*** (*Acta Chirurgica Scandinavica*, t. **80**, fasc. 4-5, 28 Février 1938, p. 468-478). — De 1910 à 1934, 117 cas de gangrène diabétique ont été traités à l'hôpital Maria de Stockholm, dont 45 femmes et 72 hommes.

La fréquence de la gangrène a été de 6,9 pour 100 pour les hommes et de 10,9 pour 100 pour les femmes. L'augmentation évidente des cas de gangrène durant les 10 dernières années doit vraisemblablement être attribuée à l'amélioration du diabète grâce à l'insuline, ce qui a provoqué une élévation de l'âge moyen des diabétiques. L'âge moyen des gangrènes a passé de 58 ans pour la période 1910-1922, à 67 ans pour la période 1923-1934. Pour les hommes l'âge moyen a passé de 59 à 63 ans.

Dans 28 pour 100 des cas, la guérison fut obtenue par un traitement expectatif; dans 22 pour 100 après de petites interventions chirurgicales telles qu'incisions et amputation des orteils. Le traitement doit donc, dans la plus grande mesure possible, rester conservateur.

Les indications de l'amputation sont l'infection de la gangrène, avec élévation de température et frissons, ou bien les douleurs vives. S'il s'agit d'amputer, c'est au niveau de la cuisse qu'il vaut mieux le faire: l'amputation de la jambe est rarement suivie de guérison.

La mortalité est élevée. 27,4 pour 100 pour la totalité des cas, 38 pour 100 après amputation. L'âge moyen de la mort pour les amputés était pour ces dernières années 73 ans pour les femmes et 64 ans pour les hommes. Les causes de décès les plus fréquentes sont l'artériosclérose et les affections cardiaques, les infections générales, les embolies pulmonaires et la broncho-pneumonie.

ROBERT CLÉMENT.

REVUE MÉDICALE DE LA SUISSE ROMANDE (Genève-Lausanne)

H. Audéoud. ***La diphtérie à Genève en 1937*** (*Revue médicale de la Suisse Romande*, t. **58**, n° 3, 10 Mars 1938, p. 177-178). — La diphtérie a continué à diminuer en 1937 dans le canton de Genève. En 1935 il y avait eu 78 cas; en 1936, 48 cas; en 1937, 20 cas seulement. La diminution des cas survenus à l'école est encore plus marquée: en 1935, 19 en 1936, 14; en 1937, 4.

Parmi les enfants atteints de diphtérie, 6 avaient été vaccinés: tous ont guéri.

4 cas sur environ 20.000 écoliers représentent une très faible proportion. Précédemment, il y avait chaque année 4 à 5 décès par diphtérie dans les écoles. Depuis l'introduction de la vaccination antidiphtérique, aucun cas de mort ne s'est produit chez les vaccinés. On peut considérer cette amélioration comme un bienfait de la vaccination obligatoire.

Il reste des progrès à faire. Il faut immuniser les enfants avant l'âge scolaire. Il faut faire, un an après la vaccination, une injection de rappel.

La diminution du nombre des cas de diphtérie dans le canton de Genève est encore plus nette si on la compare au reste de la Suisse où il a été déclaré, en 1937, 772 cas de diphtérie.

ROBERT CLÉMENT.

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE (Paris)

Banciu et **Caratzali**. ***Maladie de Nicolas-Favre à manifestations multiples*** (*Annales de dermatologie et syphiligraphie*, t. **9**, n° 2, Février 1938, p. 100-105). — Un garçon de 18 ans est, à l'âge de 11 ans, la victime inconsciente d'un coït anal pratiqué par un camarade plus âgé, dont la réaction de Frei s'est montrée très positive.

Six semaines après le coït : fièvre, amaigrissement, ténesme rectal avec écoulements sanguinolents et purulents; puis apparaissent des condylomes périanaux et une adénopathie inguinale bilatérale douloureuse. Deux mois après, érythème noueux des 2 jambes. Onze mois après, hydarthrose bilatérale des genoux avec fièvre et souffle systolique de la pointe. Des poussées d'hydarthroses se répètent 5 à 6 fois par an et ne sont pas influencées par le salicylate.

Les lésions rectales : condylomes, sténose très serrée à 6 *cm.* de l'anus font penser à une maladie de Nicolas-Favre; le Frei est très positif.

Malgré les injections de Lugol et de sel d'antimoine, la sténose progresse, atteint le côlon pelvien et on est obligé de faire un anus iliaque gauche.

Les poussées d'arthrite continuent ; le liquide articulaire peu abondant contient des éléments lymphoïdes; une intradermo-réaction faite avec le liquide chauffé chez 4 sujets, 2 sains et 2 lymphogranulomateux à Frei positif, donne, chez ces derniers, une réaction faiblement positive.

Il semble donc bien que l'arthrite reconnaisse une origine lymphogranulomateuse. On peut également admettre que le virus lymphogranulomateux puisse atteindre l'endocarde et déterminer l'endocardite du malade.

Enfin celui-ci est demeuré infantile : l'infection lymphogranulomateuse peut donc retentir sur tout l'organisme et sur les glandes réglant la croissance.

R. Burnier.

Weissenbach, **Stewart** et **Hoesli**. ***Troubles fonctionnels et lésions de l'œsophage dans la sclérodermie*** (*Annales de dermatologie et syphiligraphie*, t. **9**, n°s 2 et 3, Février et Mars 1938, p. 81 et 198). — A propos de 3 observations personnelles et de 15 observations recueillies dans la littérature, W., S. et H. étudient l'atteinte des diverses muqueuses et sous-muqueuses, spécialement de celles de l'œsophage, par le processus sclérodermique. Cette atteinte se traduit cliniquement par une dysphagie, une sensation de blocage des aliments solides et semi-liquides lors de leur passage œsophagien, à chaque repas.

Aux rayons X, on note l'intégrité morphologique de l'œsophage le plus souvent ; une évacuation œsophagienne retardée et incomplète du bol opaque; une accentuation considérable des troubles quand l'examen est fait en décubitus dorsal; une perturbation du transit œsophagien. A l'œsophagoscopie, très difficilement praticable, les lésions sont minimes, sauf pour quelques cas où l'on constate des épaississements sténosants.

Les lésions anatomo-pathologiques de la muqueuse sont peu accentuées: aspect blanchâtre et vernissé, parfois aspect leucoplasiforme. Histologiquement, on note une induration lamellaire de la sous-muqueuse, une dégénérescence du réseau élastique, une hypertrophie de la *muscularis mucosae* et une atrophie de la tunique musculaire avec prolifération du tissu conjonctif.

Ces troubles œsophagiens s'observent surtout dans la sclérodermie progressive, chez la femme, et habituellement plusieurs années après le début de la sclérodermie.

R. Burnier.

ANNALES DE L'INSTITUT PASTEUR (Paris)

M. Paic, **D. Krassnoff**, **P. Haber**, **L. Reinié** et **J. Voet**. ***Dimension approximative des ultra-virus et des bactériophages d'après les données fournies par l'ultra-filtration*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, t. **60**, n° 3, Mars 1938, p. 227-269). — La technique de l'ultra-filtration à travers des membranes en collodion, de porosité mesurable, permet de calculer les dimensions des ultra-virus et des bactériophages. C'est à ce travail que se sont livrés P., K., H., R. et V.

Pour la préparation des membranes et la détermination des diamètres moyens des pores, on a utilisé la technique d'Elford, avec quelques légers perfectionnements.

Avec cette méthode, on a pu constater que l'échelle des grandeurs de 31 ultra-virus et bactériophages est vaste puisque les tailles sont comprises entre 10 μ et 250 μ en moyenne. Ils s'échelonnent entre ces chiffres suivant une progression assez régulière.

Ultra-virus et bactériophages comportent une grande variabilité de leur taille moyenne quoique les agents lytiques se groupent en général parmi les éléments à dimension très réduite (excepté celui du B. Subtilis). Parmi les unités les plus petites, entre 8 et 30 μ, on compte à la fois des ultra-germes et des bactériophages.

Si on les range par ordre de taille et de milieux de culture, on trouve d'abord le plus petit bactériophage, S. 13 (8 à 12 μ), puis les virus de la fièvre aphteuse et de la poliomyélite, de dimensions analogues. Quelques virus dont celui de l'encéphalite Saint-Louis varient de 15 à 35 μ, puis vient le plus gros bactériophage C. 16, dont la taille varie de 50 à 75 μ.

A la suite viennent le virus de la peste aviaire, celui de la stomatite vésiculeuse, celui du sarcome de Rous, qui sont entre 60 et 100 μ.

Le virus de l'herpès, celui de Nicolas Favre, celui de la vaccine, varient entre 100 et 175 μ.

Les dimensions obtenues grâce à l'ultra-filtration concordent avec celles trouvées avec d'autres méthodes; cependant on peut se demander si une particule, ayant la taille révélée par le calcul, représente bien l'unité active ou s'il s'agit d'une taille apparente due à l'enveloppe plus ou moins épaisse fournie par les milieux où siège le virus.

Cependant, développés dans le même milieu organique, les ultra-germes et bactériophages ont des écarts de taille considérables qui constituent une preuve de plus en faveur de leur pluralité et de leur spécificité.

Robert Clément

ARCHIVES DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF ET DES MALADIES DE LA NUTRITION (Paris)

Marcel Labbé. ***Les régimes pauvres en graisse et riches en hydrates de carbone dans le traitement du diabète*** (*Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition*, t. **28**, n° 3, Mars 1938, p. 209-222). — Contrairement à l'opinion courante, Porgès et Adlersberg avaient préconisé dans le traitement du diabète le régime pauvre en graisse et riche en hydrates de carbone.

Déjà l'examen des observations de ces auteurs avait montré que pour un certain nombre de malades à diabète gras et modéré, le même résultat aurait été obtenu plus rapidement par un autre régime; pour les autres le résultat semble plus le fait de l'insuline que du régime.

L'expérience de ce régime sur des malades personnels ne confirme point les idées de Porgès et Adlersberg, il n'a pas amélioré ces malades; il a augmenté leur glycosurie et élevé leur glycémie.

Les résultats montrent, en outre, qu'il est illusoire de compter sur l'hyperglycémie provoquée par l'introduction de glucides dans l'organisme pour provoquer une sécrétion insulinique; ce qui est peut-être vrai chez un malade sain n'est pas vrai chez les diabétiques, L'hyperglycémie et la glycosurie chez les diabétiques sont toujours en fonction de l'apport des hydrates de carbone en quantité supérieure à la capacité d'utilisation du malade.

J. Okinczyc.

A. J. Bengolea et **Suary C. Velasco** (Buenos-Aires). ***La cholédococlyse (Alimentation duodénale transcholédocienne)*** [*Archives des Maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition*, t. **28**, n° 3, Mars 1938, p. 236-255]. — L'observation princeps qui a donné lieu à la première utilisation du drainage en T dans le cholédoque pour instiller du sérum et même du lait dans le duodénum est celle d'une malade de 37 ans, chez laquelle l'intervention aurait permis d'extraire du cholédoque une petite tumeur pédiculée qui l'obstruait. Un drainage du cholédoque avec tube de Kehr avait terminé l'intervention. Les suites immédiates avaient été très graves et même menaçantes. Les symptômes alarmants avaient cédé comme par miracle à l'instillation de sérum glucosé à travers le tube de Kehr. La guérison obtenue, la malade quitte l'hôpital, mais revient un an plus tard avec une récidive de néoplasme biliaire inopérable. Dans ce cas la branche inférieure du tube pénétrait dans le duodénum à travers l'ampoule de Vater. Mais depuis, les auteurs ont utilisé des tubes de Kehr ne pénétrant pas jusque dans le duodénum, et les résultats ont été aussi satisfaisants sur une douzaine de malades.

Deux observations très détaillées avec étude fonctionnelle complète et histo-pathologique du foie illustrent ces observations qui paraissent avoir donné au moins dans huit cas de très bons résultats. Ces résultats s'expliquent par l'hydratation rapide de l'organisme et par le recouvrement des réserves glycogéniques normales.

Il semble qu'il y ait là une acquisition pour le

traitement des maladies des voies biliaires, et la preuve des avantages du drainage externe sur la dérivation bilio-intestinale.

J. Okinczyc.

BULLETIN DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'ETUDE DU CANCER
(Paris)

Géry et **Noeppel**. ***Signification morphologique des épulis*** (*Bulletin de l'Association française pour l'étude du cancer*, année **31**, t. 27, n° 2, Février 1938, p. 137 à 184). — G. et N. donnent une étude très poussée sur la nature des épulis, encore si discutée. Voici leurs conceptions basées sur l'examen de 248 cas. *L'épulis est, dans l'ensemble* (92 *pour* 100), *une production mésenchymateuse bénigne.* Elle relève d'un processus *hyperplasique.* Elle n'est donc ni envahissante, ni destructrice, comme une tumeur maligne, ni encapsulée, comme une tumeur bénigne. Elle est sujette à récidives. Elle *n'est pas d'origine osseuse*, mais naît habituellement du tissu conjonctif du chorion de la muqueuse gingivale, quelquefois du ligament alvéolo-dentaire. Elle se présente sous une forme inflammatoire, vasculaire, fibreuse ou giganto-cellulaire. Il y a tous les intermédiaires possibles entre elles. La signification morphologique de toutes ces formes est la même. *Elles proviennent de l'irritation du tissu réticulaire et endothélial.* Elles tirent leur origine de petits éléments plus courts et plus trapus que les fibroblastes communs. Ce sont des éléments mésenchymateux plastiques, à potentialité multiple, pouvant aboutir à la production de fibroblastes, de cellules endothéliales et d'histioplaxes d'apparence identique aux myéloplaxes, cellules géantes de la moelle osseuse. Dans l'épulis, on retrouve la potentialité collagène, vasculaire, phagocytaire. Il y a ostéogénèse dans un tiers des cas, rarement calcification, exceptionnellement chondrification. La potentialité hémo-leucopoïétique manque et probablement aussi la lipogénèse et la lipopexie.

C. Ruppe.

LES CAHIERS DE RADIOLOGIE
(Paris)

H. Roger et **M. Arnaud**. ***Le tabes polyostéoclasique (A propos d'un cas de tabes avec fractures spontanées multiples et avec ostéoporose douloureuse rachidienne)*** [*Les Cahiers de Radiologic*, n° **26**, Mai 1938, p. 430-434]. — R. et A. rapportent un cas de tabes caractérisé par la multiplicité des fractures, et qu'ils proposent d'appeler tabes polyostéoclasique ou ostéopsathyrosique.

De l'observation, qui concerne une femme de 65 ans, et qu'ils rapportent en détail, nous retiendrons les points principaux : *Antécédents personnels:* d'un premier mariage un enfant atteint de tumeur blanche du coude, opérée à plusieurs reprises, décédé; pas d'autre grossesse, pas de syphilis semble-t-il (B. W. négatifs), pas d'antécédents, ménopause à 45 ans. *Antécédents héréditaires :* Père atteint de douleurs analogues à celles de la malade, sans autres symptômes, mort à 70 ans; un frère et une sœur décédés d'infections. *Anamnèse :* Vers 45 ans, à la ménopause, apparition simultanée de diplopie et de douleurs vives, en éclair, en différentes régions et surtout dans la région pariétale droite. Vue à 48 ans, en 1920, pour ses algies, on constate les signes cliniques caractéristiques d'un *tabes* ; B. W. positif dans le sang; bon état général (les dents sont tombées sans douleur entre 20 et 35 ans). Institution d'un traitement spécifique suivi pendant une douzaine d'années et cures à Lamalou. Les douleurs s'atténuent, mais une *série de fractures* vient compliquer l'évolution; 1928: deux métatarsiens droits, après un léger effort; 1930: col du fémur gauche, après une chute; 1931: col du fémur droit, au lit, après un faible effort; 1931 : 7e côte gauche, spontanément; 1934: trois côtes et apophyses transverses des dernières cervicales; 1935: tiers moyen du cubitus droit, après un mouvement brusque; 1936: tiers moyen du fémur gauche. En même temps, depuis 1934, *déformation et tassement progressif de la colonne vertébrale* qui condamne la malade à rester alitée, à demi-assise, et depuis, également, douleurs au niveau du cou et de la racine des membres supérieurs. Quelques autres troubles: constriction épigastrique et thoraco-mammaire, dysurie discrète, constipation, persistance d'un certain degré de diplopie. L'histoire clinique est suivie de la description de l'état de la malade en Octobre 1937, et de l'étude des différentes radiographies qui ont été pratiquées à plusieurs reprises.

Si les fractures spontanées ne sont pas rares dans le tabes, il semble exceptionnel qu'elles atteignent cinq ou six os à la fois, et les auteurs signalent les cas relevés dans la littérature (Kronlein, Queyrat et Schwartz, Achard, Harvier et Worms).

R. et A. insistent enfin sur les phénomènes de *déformation et de soudure du rachis*, avec tassement, par cyphose cervico-dorsale à grand rayon et ostéoporose particulière, dont ils ont déjà signalé un cas, et relevé des manifestations analogues dans un cas de André Thomas, Schaeffer et Huc; comme dans ce dernier cas, les fractures spontanées ont été et restent indolores, mais la malade accuse des douleurs osseuses et articulaires un peu analogues à celles de la spondylose rhizomélique.

R. et A. pensent que l'ostéoporose doive être rattachée au tabes et les douleurs à l'association d'un autre facteur (troubles trophiques osseux et carence calcique sénile), hypothèse qui les a conduits à instituer un traitement par l'ergostérol, à la suite duquel les douleurs ont considérablement rétrocédé, permettant tous les mouvements du cou et des épaules sans douleur.

Morel Kahn.

JOURNAL DE RADIOLOGIE ET D'ÉLECTROLOGIE
(Paris)

G. Boriani. ***Nouvelle méthode de technique radiodiagnostique ? Le pneumo-péritoine*** (*Journal de Radiologie et d'Electrologie*, t. **22**, n° 4, Avril 1938, p. 188-190). — Après avoir rappelé le rôle parfois si utile du pneumo-péritoine, et du pneumo-rein qu'il peut être nécessaire de lui associer pour compléter l'examen, B. expose qu'à la suite d'une erreur de technique survenue lors d'un pneumo-péritoine il n'enfonça pas l'aiguille dans la cavité abdominale, mais seulement jusqu'au fascia transversalis; par suite, le gaz, au lieu de pénétrer dans la cavité, se répandit entre ce fascia et le péritoine pariétal. Cependant, à la radioscopie l'on vit nettement le foie et la rate se détacher des hémidiaphragmes, et la radiographie permit également de voir les reins. Ainsi, alors que l'on avait pensé pratiquer un pneumo-péritoine, le gaz était resté en dehors du péritoine, circonscrivant la cavité abdominale et pénétrant sous le diaphragme; il s'agissait là d'un *pneumo-pré-péritoine* (pn.-pr.-pér.), qui permit de discuter efficacement un diagnostic, et ne fut suivi d'aucun trouble.

Profitant de cette erreur et de ses résultats, B. répéta intentionnellement la même insufflation dans le quadrant abdominal gauche, et put de même obtenir des images séparées des ombres hépatique et rénale.

B. rappelle les données anatomiques qui permettent de comprendre le rôle du pn.-pr.-pér. dont le gaz diffuse dans le tissu sous-péritonéal.

Technique : technique habituelle du pneumo-péritoine, à cette différence près que, lorsque l'on a la sensation que l'aiguille a pénétré dans la cavité péritonéale, il faut la retirer légèrement avant de commencer l'insufflation. On suivra l'intervention à la radioscopie qui offre un signe très démonstratif : l'aspect du grêle qui paraît « comme enveloppé de colophane », une membrane très mince enveloppant tous les organes abdominaux.

Indications et contre-indications sont celles du pneumo-péritoine, mais il semble que les dangers soient moindres avec le pn.-pr.-pér.

Morel-Kahn.

LA MEDECINE DU TRAVAIL
(Paris)

Robert, Dervillée et **Collot** (Bordeaux). ***L'intoxication professionnelle par la diphénylamine dans l'industrie des poudres*** (*La Médecine du Travail*, Année **10**, n° 2, Mars 1938, p. 49-65). — La diphénylamine est une amine secondaire résultant de la substitution, dans la molécule ammoniacale, de deux restes phényles à deux atomes d'hydrogène. On l'obtient en faisant réagir le chlorhydrate de phénylamine sur la phénylamine ou aniline.

L'intoxication par la diphé ne se rencontre guère au cours de sa fabrication, celle-ci se faisant en milieu rigoureusement clos; on l'observe presque uniquement au cours de l'emploi, dans la préparation de diverses matières colorantes et surtout dans l'industrie des poudres (pour la fabrication des poudres neuves comme stabilisant, et pour le radoubage — rajeunissement — de la poudre B). L'intoxication professionnelle assez fréquente autrefois (R., D. et C. en ont personnellement observé une trentaine de cas depuis 1925) est devenue rare grâce aux perfectionnements techniques.

La pénétration du produit dans l'organisme se fait surtout par la voie respiratoire (sous forme de poussières et de vapeurs); les voies cutanées et digestives sont exceptionnelles.

L'intoxication se manifeste par des troubles divers dont voici les plus importants :

Signes généraux: Fatigue intense, asthénie, céphalée et vertiges, teinte cyanotique des muqueuses ;

Troubles digestifs : Anorexie, nausées, vomissements, douleurs épigastriques, diarrhée abondante et fétide;

Troubles urinaires: Urines denses, foncées; pollakiurie surtout nocturne avec mictions douloureuses;

Troubles cardio-vasculaires: Palpitations, hypertension (signes inconstants);

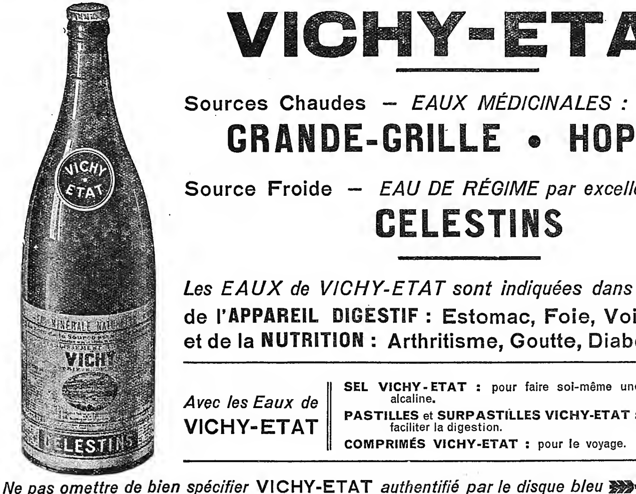
Manifestations cutanées: A type de dermite eczématiforme siégeant à la face dorsale des mains, au niveau des poignets, des avant-bras; avec apparition de plaques érythémateuses nettement prurigineuses auxquelles succèdent de petites vésicules remplies de sérosité jaunâtre. Ces manifestations cutanées ont été observées par R., D. et C. chez des ouvriers occupés au ramassage ou à la mise en fûts du produit.

Signalons encore l'atteinte possible des muqueuses (conjonctivite, rhinite, trachéite).

L'intoxication professionnelle par la diphé se montre en général bénigne. Les symptômes s'amendent en quelques jours dès que le travailleur est soustrait à l'action de la substance toxique. Expérimentalement R., D. et C. ont pu reproduire chez l'animal les principaux symptômes qu'ils ont observés chez l'homme.

Le traitement doit être surtout prophylactique: défense absolue de manger ou de boire dans l'atelier; lavage soigneux des mains après le travail, mettre à la disposition des ouvriers les plus exposés des gants et des masques; et surtout amélioration de la technique industrielle pour éviter la manipulation directe du produit.

A. Feil.


VICHY
ETAT
VICHY
CELESTINS


VICHY
ETAT

ANNALES DE MEDECINE ET DE PHARMACIE COLONIALES (Marseille)

J.-R.-P. Boulnois, Malbrant et **A. Doher.** ***Essai d'étude d'une maladie éruptive, épidémique, simulant, comme aspect, la variole et la varicelle, mais nettement différenciée au Centre-Afrique: L'Abou Moukmouk, et qui est peut-être l'Alastrim*** (*Annales de Médecine et de Pharmacie coloniales*, t. 35, n° 4, Octobre-Novembre-Décembre 1937, p. 1045-1075). — Il s'agit d'une maladie éruptive simulant la variole et que les indigènes du Tchad, du Bas Congo et du Cameroun ont, dans leur langue respective, différenciée de la variole et de la varicelle par un nom spécial.

Une centaine de cas, dont 8 furent sérieux, ont été observés et ont constitué un véritable petit foyer épidémique.

Au point de vue clinique, quelques symptômes différencient cette affection de la variole. Chez tous les sujets, il ne s'est jamais écoulé plus de vingt-quatre heures entre le début de la fièvre et l'apparition des premières vésicules. Il existe un contraste frappant entre la quantité des vésicopustules et le bon état général. L'ombilication des vésicules est très rapide et se fait en dix-huit heures au maximum. L'éruption procède par poussées successives pendant trois à cinq jours au maximum. Cependant, la confusion n'est pas possible avec la varicelle: il n'est pas un seul malade qui n'ait eu de vésicules ombiliquées et qui n'ait gardé de traces indélébiles. Le pus d'une vésicule d'Abou Moukmouk inoculé au bras donne une vésicule en trente-six, quarante-huit heures et une croûte au troisième ou quatrième jour. L'inoculation de la varicelle donne une éruption limitée aux membres au huitième jour.

Il n'y a pas de rash prééruptif. L'énanthème est discret et manque souvent, mais la conjonctivite au début est la règle.

La durée d'incubation n'excède pas six jours, celle de l'inoculation expérimentale ne dépasse pas trente-six à quarante-huit heures.

Les 4/5 des porteurs de cette affection étaient porteurs de traces de vaccination antérieure. 57 sujets vaccinés en pleine période d'éruption ont donné 37 succès. Sur 25 sujets guéris, la vaccination jennérienne a encore donné 8 résultats positifs.

La maladie a présenté chez les Européens les mêmes signes que chez les noirs.

Les inoculations, généralement positives sur le lapin et la génisse quand il s'agit de variole, se sont montrées négatives. 12 sujets vaccinés avec de la pulpe d'Abou Moukmouk glycérinée ont donné 4 succès.

Le traitement, purement symptomatique, se réduit à peu de chose.

ROBERT CLÉMENT.

Dronoz et **Henric.** ***Le scorbut dans les Troupes sénégalaises en Mauritanie*** (*Annales de Médecine et de Pharmacie coloniales*, t. 35, n° 4, Octobre-Novembre-Décembre 1937, p. 1093-1131). — Le scorbut en Mauritanie n'est qu'une manifestation du scorbut en général et relève, comme lui, de la carence en vitamine C.

Il touche le tirailleur sénégalais surtout, l'Européen, rarement, le Maure exceptionnellement.

L'Européen a une alimentation constituée de plats cuisinés et variés, avec prédominance de riz, de pâtes et de conserves, et peu de crudités, à part l'oignon. Dans certains cas, il se trouve réduit au riz et aux farines, et c'est alors que sont apparus les cas de scorbut.

Le Maure mange peu de viande, surtout des farines, du riz et des dattes, mais il boit du lait de chèvre, de brebis ou de chamelle, soit frais, soit aigri, jamais cuit.

Le tirailleur sénégalais a une ration de viande quotidienne, qu'il mange bouillie, grillée ou en méchoui, ou séchée. Il ne boit du lait qu'en petite quantité et seulement dans certains groupes nomades. Il a en principe un oignon par jour.

Il n'est jamais survenu de scorbut chez les tirailleurs mariés vivant en famille et dont les aliments sont préparés par leurs femmes. Ils mangent des condiments et une sauce souvent riches en vitamines.

Certaines eaux minéralisées peuvent, en entravant l'action de la vitamine C ingérée en quantité suffisante, favoriser, mais non causer l'éclosion du scorbut.

La symptomatologie observée est classique. Le traitement confirme l'étiologie.

La prophylaxie est une question de commandement et d'alimentation. ROBERT CLÉMENT.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE L'INDOCHINE (Hanoï)

P. Huard et **R. Coleno.** ***Documents concernant les retentissements chirurgicaux des abcès du foie sur l'appareil circulatoire*** (*Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine*, t. 15, n° 9, Novembre 1937, p. 1021-1059). — Les 3/4 des malades atteints d'hépatite, consécutive ou non à la dysenterie, ne présentent rien au niveau du péricarde, mais les 3/4 de ceux qui doivent succomber à la dysenterie compliquée d'abcès du foie présentent soit un épanchement péricardique passif, soit une péricardite aiguë, soit l'ouverture de l'abcès du foie dans le péricarde. H. et C. ont observé 9 péricardites de voisinage et 34 migrations intra-péricardiques.

Dans le premier cas, l'épanchement est formé d'un liquide citrin ou légèrement louche; la péricardite reste subaiguë ou chronique, parce que l'état général du sujet ne lui permet pas de faire les frais de manifestations aiguës.

Les péricardites aiguës peuvent passer par tous les degrés d'inflammation de la séreuse et se produisent par le même mécanisme que les altérations de la plèvre. Les abcès du lobe gauche du foie sont sensiblement moins nombreux que ceux du lobe droit et le péricarde présente une surface d'atteinte réduite, de sorte que l'ouverture de l'abcès dans le péricarde est beaucoup moins fréquente que celle dans la plèvre.

Onze fois, on a pu constater une phlébite, une thrombose ou un infarctus. La thrombose siège en général sur une branche de la veine porte. Cependant on a pu voir des phlébites ou des thromboses de la veine cave et des veines sus-hépatiques. Le voisinage immédiat de l'abcès est à l'origine de l'altération des parois veineuses. Il est difficile de dire si l'agent provocateur est l'amibe ou une autre espèce microbienne d'infection secondaire. On a cependant trouvé des amibes à l'intérieur de ces thrombi. Les thrombi sont souvent générateurs d'embolies, celles de la veine porte s'arrêtent dans le foie réalisant un infarctus, celles des veines sus-hépatiques et de la veine cave provoquent l'oblitération mortelle de l'artère pulmonaire ou celle d'une artère lobulaire donnant lieu à un infarctus.

La migration d'un abcès du foie dans les vaisseaux intra- ou extra-hépatiques est une complication rare, cependant on a pu en trouver 25 observations dans la littérature médicale.

La compression des gros vaisseaux par un abcès du foie est exceptionnelle; 2 cas seulement ont été cités de cette éventualité. Dans l'un il s'agissait d'une compression de la veine porte; dans l'autre, de la veine cave, se traduisant par de l'œdème des membres inférieurs. ROBERT CLÉMENT.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

Hoesch. ***Cataracte et épilepsie parathyroïdienne*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. 63, n° 42, 15 Octobre 1937, p. 1582-1585). — Les notions modernes ont mis en évidence la possibilité de rapports entre crises épileptiques et insuffisance para-thyroïdienne, et on a observé la coexistence de manifestations tétaniques et d'accès comitiaux. En outre des résultats thérapeutiques ont montré que certaines formes d'épilepsie relevaient plus particulièrement de la carence parathyroïdienne, alors que des comitiaux d'autre origine ne présentent aucune modification par l'emploi des extraits parathyroïdiens actifs.

L'emploi systématique de la lampe à fente a mis en évidence des lésions oculaires précoces, précédant les signes nets de cataracte. Ces manifestations décelées par l'oculiste chez les tétaniques permettent plus spécialement de rattacher à l'insuffisance parathyroïdienne les accès convulsifs des malades qui en sont porteurs.

Les observations de H. chez des malades atteints de troubles parathyroïdiens d'origines diverses lui ont montré les faits suivants:

1° 16 tétanies post-opératoires s'accompagnent 13 fois de lésions du cristallin. Parmi ces malades, on trouve 11 épileptiques, comprenant 9 cas de cataracte typique et d'hypocalcémie manifeste.

2° Sur 25 tétanies parathyroïdiennes idiopathiques, on ne décèle que 10 cataractes typiques, 9 lésions suspectes du cristallin et 6 fois le cristallin est normal. Dans ce groupe, on trouve 20 épileptiques, mais 9 d'entre eux sont porteurs de cataractes, dont 1 ayant une calcémie normale.

Dans l'ensemble, toute altération cristallinienne doit donc faire suspecter et rechercher une insuffisance parathyroïdienne plus ou moins accentuée.

G. DREYFUS-SÉE.

Quental. ***Contribution à l'étude de l'hormone sexuelle féminine chez le mâle normal ou castré*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. 63, n° 42, 15 Octobre 1937, p. 1585-1586). — Les nombreuses observations cliniques et expérimentales démontrant la présence, souvent en proportion très élevée, de l'hormone féminine chez l'homme et chez les animaux mâles, font poser la question de la reproduction de la folliculine par les gonades mâles.

Le rôle du testicule dans la formation de cette hormone avait été démontré par Zondek, qui montra la chute de la concentration folliculaire après castration.

De ses observations personnelles chez des sujets normaux et chez des hommes ayant subi une castration totale (augmentation considérable du taux de folliculine après castration), Q. conclut à l'existence d'un antagonisme normal entre les deux sécrétions mâle et femelle, d'où libération de la folliculine après ablation testiculaire.

G. DREYFUS-SÉE.

L. Muller. ***A propos des phénomènes physico-chimiques qui sont à la base du sommeil*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. 63, n° 52, 24 Décembre 1937, p 1933-1937). — Le sommeil apparaît à M. comme un processus permettant la recharge en énergie potentielle des tissus musculaires et nerveux, analogue à la recharge d'un accumulateur. Durant la journée, et surtout du fait d'excitations psycho-motrices importantes, les tissus neuro-musculaires déversent dans la circulation une partie de leurs ions calciques et potassiques: pendant le sommeil, par contre, la teneur en calcium et potassium du sérum sanguin s'abaisse.

Un tableau schématique permet de comparer les

échanges entre les principaux viscères (éléments positifs de la sécrétion), tels que foie, muscles, pancréas, écorce rénale, érythrocytes et fibres nerveuses, d'une part, et les lieux négatifs constitués par sérum, lymphes, liquide céphalo-rachidien, muqueuses digestives, etc.

Le calcium s'accumule dans les éléments positifs viscéraux pendant le sommeil réparateur, il se déverse dans les éléments négatifs dans l'état de veille; par contre, le sodium effectue un cycle inverse.

Certains organes ont, normalement, une charge excessive qui leur permet de garder des réserves: c'est ainsi que le foie, organe très fortement électro-positif, accumule de l'énergie, ainsi que les muscles et les fibres nerveuses.

Autour de ces organes fortement positifs, circulent le sérum et la lymphe à charge négative (riches en sodium).

Des concentrations ioniques différentes permettent au cours des échanges une certaine accumulation de potentiel énergique durant le sommeil.

Suivant l'importance de la tension potentielle, le sujet a une impression de force, d'énergie, à laquelle s'oppose la sensation de fatigue, de faiblesse, d'impotence, qui résulte de la décharge. Certaines hormones facilitent cette accumulation utile.

Ainsi, le sommeil ne correspondrait pas, en réalité, à une détente, à une mise au repos ralenti, mais, au contraire, à une accumulation de force. Une série de problèmes tels que le rôle de l'hormone, le rôle du « centre du sommeil », le processus du réveil, sont encore évoqués.

Mais M. insiste surtout sur l'importance de cette analogie entre les états successifs de veille et de sommeil et la charge et la décharge d'un accumulateur. Quoique assez grossière, cette comparaison constitue, selon lui, la première tentative d'explication mettant en évidence l'importance des phénomènes physico-chimiques.

G. Dreyfus-Sée.

R. Heinritz. ***Une méthode rapide de recherche des bacilles diphtériques du nasopharynx*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. 63, n° 52, 24 Décembre 1937, p. 1948-1949). — De nombreux essais ont été faits pour obtenir une réponse rapide des ensemencements rhino-pharyngés, en ce qui concerne la recherche du bacille diphtérique. Folger, en 1900, décrivait une méthode intéressante qui a fait l'objet, depuis lors, de nombreux essais de vérification, avec des résultats divers: elle consistait à tremper le tampon porte-coton dans du sérum de bœuf stérile, et à coaguler légèrement la partie superficielle de ce sérum par le passage rapide du tampon imbibé au-dessus d'une flamme. Le tampon ainsi préparé constitue un milieu de culture qu'on ensemence directement par prélèvement du mucus rhino-pharyngé suspect. Après 3 ou 4 heures d'étuve, la recherche des bacilles à la surface du tampon serait positive (sur frottis).

Soli, à Vienne, a utilisé du sérum de cheval, et obtenu ainsi, en 4 heures, des résultats constamment comparables à ceux de l'ensemencement classique durant 16 heures.

H. a repris, à son tour, la méthode, dans une clinique pédiatrique à Wurtzbourg.

Après 2 heures d'étuve, il faisait un premier frottis, sur lame stérile, puis reportait le tampon à l'étuve pour le réexaminer sur des frottis successifs aux 4e, 6e, 22e et 30e heures. Il a utilisé, pour la préparation de ses tampons, alternativement les sérums de bœuf, cheval et mouton.

En outre, le contrôle des résultats par la méthode classique a été fait systématiquement. Ses essais ont confirmé les observations de Soli sur la nécessité de mettre le tampon immédiatement dans une étuve, la méthode perdant toute précision si quelques heures s'écoulent entre l'ensemencement et la mise à l'étuve.

La comparaison des sérums a mis en évidence la supériorité du sérum de mouton sur ceux de cheval et de bœuf. Dans les cas douteux, les renseignements, fournis parfois en 2 heures, et toujours en 4 heures par cette méthode, ont été strictement exacts.

Cette méthode paraît donc très intéressante; malheureusement, la nécessité, soulignée par H., de pratiquer immédiatement la mise en étuve, restreint souvent son utilisation en pratique.

G. Dreyfus-Sée.

Rietschel. ***Etude de la pathogénie et de la thérapeutique de la sprue, en particulier la sprue infantile (maladie cœliaque de Gee-Herter-Heubner)*** [*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. 64, n° 3, 14 Janvier 1938, p. 73-78]. — Les signes cliniques permettent de rapprocher la maladie cœliaque infantile et la sprue des adultes, de telle sorte que R. propose le nom de sprue infantile pour désigner cette curieuse affection dans le jeune âge.

Les données étio-pathogéniques demeurent obscures; 3 étiologies essentielles ont été invoquées:

1° Insuffisance fonctionnelle congénitale, peut-être héréditaire, de tout le tube digestif ou des glandes endocrines.

2° Infection intestinale par germes pathogènes.

3° Carence vitaminée, en particulier B et C.

Aucune de ces hypothèses ne cadre totalement avec les observations cliniques.

Récemment, Verzàr a émis une très intéressante théorie: la résorption intestinale du sucre serait un processus spécifique, nécessitant une transformation par phosphorisation, et susceptible d'être inhibé par diverses interventions, en particulier sous l'influence des surrénales. Ce phénomène, démontré expérimentalement par les résultats de la décapsulation de l'animal, aurait un correspondant en ce qui concerne les graisses, dont la synthèse et la résorption qui nécessitent l'intervention de la lactoflavine (B^2) et d'un noyau phosphoré ne peuvent s'effectuer après ablation des surrénales.

L'insuffisance médullo et cortico-surrénale serait donc, pour Verzàr, le substratum essentiel de la sprue. Elle expliquerait les troubles graves de la résorption des graisses et des sucres, ainsi que les phénomènes d'adynamie, de pigmentation, et les succès thérapeutiques obtenus avec la lactoflavine et les hautes doses d'hormone corticale.

Mais, pour intéressante qu'elle soit, l'hypothèse de Verzàr ne fait que reculer le problème, et R. croit que le déclenchement de ces phénomènes de déficience fonctionnelle serait dû à une invasion bactérienne endogène de l'intestin grêle par les microbes habituellement saprophytes intestinaux, en particulier ceux du groupe coli, *bacillus lactis aerogenes*, bacilles acidophiles, etc. Cette invasion est caractérisée par sa ténacité, qui la rend permanente durant des mois ou des années, entretenant le processus pathologique. Enfin, le troisième élément important de la sprue serait l'acidose, sur laquelle Fanconi a insisté et que R. considère comme le facteur essentiel des accidents graves.

Ces vues nouvelles sur la pathogénie amènent à établir des règles thérapeutiques logiques, le but du traitement étant d'amener la régression de la flore intestinale et le rétablissement de la flore normale et de lutter contre l'acidose. A ces notions cardinales s'ajouteront accessoirement l'administration d'hormone, si des troubles hormonaux se manifestent, de vitamines, si des signes de carence apparaissent, etc.

Pour lutter contre la diarrhée et diminuer l'acidose, le meilleur traitement s'est avéré le lait de femme.

G. Dreyfus-Sée.

ARCHIV für KLINISCHE CHIRURGIE (Berlin)

B. Karitzki (Freiburg i/Breisgau). ***Les principes du traitement des fractures vertébrales*** (*Archiv für klinische Chirurgie*, t. 190, fasc. 4, 15 Décembre 1937, p. 669-692). — L'expérience de K. est grande, en la matière. Elle est basée sur 422 cas recueillis à la Clinique de Fribourg, pendant une longue suite d'années (230, de 1923 à 1930; 192, de 1933 à 1936).

Mais ce n'est pas leur étude détaillée qu'il nous donne; ce n'est pas non plus la question des résultats thérapeutiques, du chiffre des mauvais et des bons résultats, qu'il aborde dans cet article. C'est seulement le bilan de ce qu'il a appris, qu'il cherche à établir.

Il rappelle, tout d'abord, les notions générales, anatomo-pathologiques, indispensables, concernant les traits de fracture, les déplacements, la nature et l'intensité des lésions médullaires, éventuellement mais pas toujours associées aux dégâts osseux.

K. passe, ensuite, en revue les modes de traitement en présence: essentiellement les trois méthodes: conservatrice (Magnus), de réduction non sanglante (Böhler), et décompressive (laminectomie).

C'est, alors, qu'il en vient au problème plus précis de leurs indications respectives. En pratique, celles-ci ne peuvent être posées sans que l'on soit en possession de tous les éléments qui entrent dans le débat: les données recueillies, dans chaque cas particulier, par la clinique, par l'examen neurologique et la radiologie, tout en se souvenant qu'il n'y a pas forcément, tant s'en faut, un rigoureux parallélisme entre les signes et les lésions.

Tout en demeurant éclectique, l'auteur s'oriente, pourtant, très volontiers, vers le traitement conservateur, non pas celui qui comporte une immobilisation prolongée, mais le procédé de Magnus qui réduit de beaucoup la durée de repos (3 à 4 semaines), et adjoint au séjour au lit le massage ou la faradisation des muscles para-vertébraux.

Est-ce à dire qu'une pareille méthode puisse convenir à tous les cas? Ce n'est pas l'opinion de K. qui reconnaît lui-même que s'il y a un déplacement osseux très important et si la fracture se complique d'une atteinte médullaire, il faut avoir recours à la réduction en lordose (Böhler), et que l'intervention s'impose dans les circonstances, d'ailleurs rares, où un fragment de lame déplacé, enfoncé, semble bien menacer ou comprimer la moelle.

Jean Patel.

B. Karitzki (Freiburg i/Breisgau). ***Action et signification de la chaleur en chirurgie. Le bain de chaleur comme moyen thérapeutique*** (*Archiv für klinische Chirurgie*, t. 190, fasc. 4, 15 Décembre 1937, p. 714-778). — La chaleur, on le sait, est un moyen thérapeutique utilisé depuis longtemps et de bien des façons.

Ce n'est pas d'aujourd'hui que, pour réaliser l'hyperémie active, on a recours, contre les processus aigus, inflammatoires (abcès, arthrites, etc...), aux cataplasmes, à l'aérothermothérapie, qui exercent une triple action: antithermique, résolutive, analgésiante.

De même, pour combattre le shock, opératoire ou traumatique, l'emploi de la chaleur est une règle classique; et souvent, sous cette influence, la face du sujet se colore, son pouls devient plus regulier et sa respiration plus calme.

Au cours de ces dernières années, le champ d'application de l'actinothérapie vient, pourtant, de s'étendre encore, à mesure qu'il était prouvé que les irradiations, infra-rouges et ultra-violettes, avaient d'heureux effets en chirurgie opératoire. Les premières sont analgésiantes, hyperémiantes, vaso-dilatatrices; les secondes, d'action plus tardive

mais plus durable, sont, en plus, bactéricides; et toutes deux ont une influence certaine sur les phénomènes humoraux et les symptômes cliniques de la « maladie post-opératoire ».

K. envisage le problème sous un angle particulier. Il s'applique surtout à montrer que, lors de l'anesthésie et après une intervention, il est fréquent de constater que la sudation s'exagère, et que c'est là un indice favorable.

Partant de cette donnée d'expérience, l'auteur a cherché, vu, et puis vérifié que l'hypersudation témoigne de l'excitation, à point de départ central, du système nerveux végétatif, et que, lorsqu'elle se produit, l'équilibre acido-basique se trouve heureusement modifié (diminution de l'acidose, régulation du métabolisme du chlore), la leucocytose s'exagère, la tension artérielle se relève et la respiration est ample et régulière.

De là à conseiller systématiquement le bain d'air chaud, pour provoquer ce phénomène de sudation exagérée, il n'y a pas loin pour l'auteur.

Jean Patel.

T. Saito (Fukuoka). ***Etude clinique et expérimentale sur l'apparition de la glycosurie traumatique*** (*Archiv für klinische Chirurgie*, t. **191**, fasc. 1, 14 Janvier 1938, p. 47-59). — Dans le travail de Higgins et Ogden, qui est de 1895, il y en a 213 cas; dans celui de Shirakabe, en 1935, 1.420 observations. Le diabète dit traumatique n'est donc pas très exceptionnel; il est, par surcroît, bien connu.

En ce qui concerne la clinique, S., d'après son expérience personnelle de 10 cas, a remarqué surtout les faits suivants : que l'élimination des glucides, par le rein, survient après tout traumatisme, mais principalement lorsque celui-ci a atteint l'encéphale; et que, inversement, une intervention abdominale est plutôt suivie d'une hypo-production de sucre dans l'organisme.

Mais, sont aussi à retenir les intéressantes expériences de S. qui, sur le chien, détermina des altérations fonctionnelles du foie et des reins, puis exerça des traumatismes, et, après cela, rechercha le glucose dans le sang et dans urines :

a) Chez les animaux sains, il observa une glycosurie légère après la laparotomie, et, d'ordinaire, rien à la suite d'autres traumatismes (fractures des deux pattes, chocs sur le crâne, etc...).

b) Au contraire, chez les animaux dont le foie ou les reins ont été lésés au préalable (phosphore ou chloroforme; cantharide ou néphrectomie unilatérale), il y a toujours un trouble du métabolisme des glucides, dont l'importance est en raison directe de la déficience des viscères et du traumatisme exercé.

c) Enfin, ce qui démontre le rôle considérable que joue le système nerveux sympathique dans la glyco-régulation, la paralysie de ce système, par l'ergotamine, provoque un abaissement marqué du taux de la glycémie, tandis que celle du parasympathique ne produit presque aucun changement.

Jean Patel.

G. von Matolay (Budapest). ***Transplantation d'hypophyse de veau dans le diabète insipide*** (*Archiv für klinische Chirurgie*, t. **191**, fasc. 1, 14 Janvier 1938, p. 73-78). — On admet que certains diabètes insipides relèvent de troubles endocriniens, ou, plus exactement, de l'hypoactivité du lobe postérieur de l'hypophyse. Ce qui prouve les relations de cause à effet entre cette atteinte glandulaire et l'apparition, à bas bruit, souvent chez un sujet jeune, de polyurie, c'est : d'une part, le nombre, maintenant assez considérable, des observations dans lesquelles le contrôle soit radiologique (élargissement de la selle turcique), soit anatomique (tumeur, tubercule, gomme, lésion traumatique, etc...), est venu confirmer l'existence d'une lésion hypophysaire; et, d'autre part, l'action heureuse, sur les symptômes enregistrés, des injections d'extrait de rétropituitrine.

Dès lors, l'idée devait venir de remédier au diabète insipide par la greffe hypophysaire. Après les tentatives de Breitner et Schönbauer (1931), de Rüder et Wolf (1933), de Sacoraffos (1933), de Milovanovic et Plavsic (1934) et de Hirsch et Demel (1931), l'auteur eut recours, dans 8 cas, à la greffe de fragments d'hypophyse de veau de 6 à 8 semaines, placés dans la gaine du grand droit, entre ce muscle et le péritoine.

Les résultats furent les suivants : 4 insuccès, l'opération n'ayant été suivie que d'une amélioration qui dura quelques jours; 2 succès obtenus rapidement, et persistant encore après un an; deux échecs immédiats, mais transformés en succès par une (1 cas) ou deux (1 cas) nouvelles tentatives de greffes.

Jean Patel.

A. Lezius (Heidelberg). ***Bases anatomiques et fonctionnelles de la revascularisation du myocarde par les poumons, dans l'oblitération coronarienne*** (*Archiv für klinische Chirurgie*, t. **191**, fasc. 1, 14 Janvier 1938, p. 101-139). — La revascularisation du myocarde, méthode opératoire audacieuse et d'acquisition récente, se propose d'amender, par le nouvel apport sanguin qu'elle réalise, les troubles consécutifs à l'ischémie du muscle cardiaque consécutive à l'oblitération des coronaires qu'on retrouve à la base de la crise angineuse, comme bien des travaux en font foi.

Ce mode de traitement repose sur des conditions anatomo-physiologiques du plus haut intérêt. Chacun sait que, chez l'homme aussi bien que chez le chien, des anastomoses existent normalement entre les territoires coronariens, avant leur terminaison capillaire; des examens radiographiques, après opacification de ces artères, ont permis de les apprécier. Mais, fonctionnellement, que valent-elles ? Lorsqu'un des territoires est resté perméable, il peut, certes, assurer la vascularisation de l'autre. Lorsque les deux sont obturés, la nutrition du myocarde n'est plus, au contraire, effectuée que par des artérioles néoformées (adhérences péricardiques, etc.), ou par des voies anatomiques : l'une, de valeur hypothétique (circulation ventriculaire directe [vaisseaux de Thébésius]) ; l'autre, de valeur réelle (anastomoses extra-cardiaques entre les coronaires et les vaisseaux de voisinage, empruntant les vasa vasorum qui courent le long des gros vaisseaux de la base du cœur).

L'idée devait donc forcément venir de créer des voies de suppléance pour s'opposer, dans une grande mesure, à l'ischémie du myocarde. Beck et Moritz, expérimentant sur le chien, constituèrent un « lit vasculaire » en appliquant sur le myocarde, après incision du péricarde et excision de l'épicarde, une greffe musculaire pédiculée ou une greffe épiploïque, passée au travers du diaphragme ; puis, ils réalisèrent l'oblitération progressive des coronaires que l'animal supporta dans 67 pour 100 des cas. Transportant, en clinique humaine, ces données expérimentales, Beck intervint, en 1935, chez un malade, avec succès ; et, depuis, sur 11 tentatives, obtint 6 résultats heureux.

Plus récemment, O'Shaughnessy utilisa la même méthode 6 fois (avec 1 mort), mais avec quelques variantes. Il préfère à la myorraphie l'omentopexie pour deux raisons : simplification opératoire, apport sanguin plus important.

En se préoccupant d'atteindre ces deux buts, L. a trouvé beaucoup plus simple de recourir à la cardio-pneumopexie. L'étude expérimentale très poussée qu'il en fit lui ayant montré qu'en l'occurrence, la ligature des coronaires est bien mieux tolérée qu'après les autres procédés de revascularisation du myocarde, il vérifia, radiologiquement et histologiquement, l'ampleur des anastomoses néo-formées, et régla la technique de cette intervention, chez l'homme. Il ne l'a, cependant, pas encore employée.

Mais toutes ces méthodes nouvelles, pour très intéressantes qu'elles soient, sont passibles des mêmes reproches : ce sont des opérations sérieuses, comportant un certain risque. Est-on en droit de le faire courir à un angineux ?

Jean Patel.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA
(Montréal)

Pinsonneault et **Dupras.** ***Leontiasis ossea et maladie de Paget*** (*Union Médicale du Canada*, t. 67, n° 5, Mai 1938, p. 444-454) — P. et D. rapportent l'observation intéressante d'une femme de 62 ans, atteinte de polyostéodystrophie fibrotique et hyperplasique du type Paget évolué et s'accompagnant d'hypertrophie cranio-faciale du type leontiasis ossea. Les parois du crâne sont augmentées de volume. La table interne est épaissie et dense. Le diploé est élargi, poreux, aréolaire. La table externe, très mince, montre peu de modifications structurales. Aplatissement du relief de la base. Les sinus frontaux et sphénoïdaux sont indiscernables. Hypertrophie de tout le massif facial. Mâchoire inférieure indemne. Image radiographique floconneuse, flone « aspect bougé ». Par ailleurs, 11[e] vertèbre dorsale aplatie, élargie, opacité rappelant la vertèbre ivoire, remaniement de l'os coxal et du sacrum Tête fémorale éburnée, trochanter géodique, 1/3 supérieur et corticale diaphysaire élargis en fuseau. Radius droit plus allongé, incurvé, hypertrophie métaphysaire inférieure avec quelques géodes. P. et D. donnent, à cette occasion, une mise au point de la leontiasis ossea, et de ses rapports avec la maladie de Paget, la maladie de Recklinghausen et l'ostéite fibreuse simple.

C. Ruppe.

THE AMERICAN JOURNAL of the MEDICAL SCIENCES
(Philadelphie)

J. C. Turner, H. Jackson et **F. Parker.** ***Rapports étiologiques entre les éosinophiles et le phénomène de Gordon dans la maladie de Hodgkin*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. **195**, n° 1, Janvier 1938, p. 27-32). — Gordon, en 1932, a soutenu que, dans la maladie de Hodgkin, les tissus contiennent un agent pathogène apparemment spécifique. Il a vu que l'injection d'émulsion de ganglion lymphatique dans le cerveau du lapin provoque une paralysie semblable à celle que causent les virus de la vaccine et de l'encéphalite. On a utilisé cette épreuve à des fins diagnostiques; elle s'est montrée positive dans 75 pour 100 des cas de maladie de Hodgkin et presque toujours négative dans les autres adénopathies malignes. Avant de se prononcer sur sa valeur, il faudrait être un peu mieux renseigné sur la nature du phénomène en cause. Il ne semble pas s'agir d'un virus filtrant; on n'a pu réaliser de transmission d'animal à animal et les animaux ayant guéri après une première attaque de paralysie restent aussi sensibles à une seconde injection. D'autre part, une paralysie semblable peut être provoquée par l'injection d'extraits de moelle osseuse ou de leucocytes humains normaux. Le facteur pathogène pourrait donc dériver des leucocytes et, peut-être, d'une certaine variété de ceux-ci.

Les recherches de T., J. et P. permettent d'incriminer les éosinophiles. Elles montrent que, dans une série de 11 cas de maladie de Hodgkin, le test de Gordon n'a été positif que lorsque des éosinophiles pouvaient être trouvés sur les coupes histologiques correspondantes. Le nombre de ces cellules était parallèle à la rapidité du développement du facteur pathogène, dont dépend la positivité de l'épreuve.

Le facteur pathogène décrit par Friedmann dans les tissus myéloïdes n'a été rencontré par T., J. et P. que dans les suspensions de crème leucocytaire obtenue par centrifugation différentielle renfermant un chiffre minimum d'éosinophiles. L'agent de Friedmann et celui de Gordon semblent donc dériver tous les deux des éosinophiles et être conséquemment identiques. Le test de Gordon n'est positif dans la maladie de Hodgkin qu'en raison de la présence d'éosinophiles dans les lésions.

P.-L. Marie.

J. Engelbreth. ***Recherches sur la splénomégalie tuberculeuse ; le contrôle par la rate des cellules émises par la moelle osseuse*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. **195**, n° 1, Janvier 1938, p. 32-47). — E. relate 4 cas de tuberculose de la rate, sans lésions tuberculeuses importantes des autres organes. On ne connaît guère que 80 cas de ce genre. E. en précise les symptômes qui sont surtout la lassitude, la faiblesse, une perte de poids considérable et l'anémie. Chez 3 de ces malades il y avait de l'ictère. Parmi les autres symptômes notés il faut signaler des hématémèses, du purpura, de l'ascite, de l'achylie, une hépato-splénomégalie et des sueurs nocturnes. Le diagnostic ne fut établi que par l'opération ou l'autopsie. Sur les 3 malades opérés, 1 est décédé d'une thrombose portale; les 2 autres ont été améliorés ; l'un d'eux opéré depuis 14 mois ne se plaint que d'une légère lassitude.

E. étudie les modifications sanguines. Tous ces malades présentaient un ou plusieurs signes d'inhibition de la fonction de la moelle osseuse. On ne pouvait pas diagnostiquer une affection spécifique du sang d'après l'hématologie. Les altérations étaient très semblables à celles de la maladie de Banti ou de l'anémie splénique. Le rôle de la rate dans la production de ces modifications sanguines périphériques est bien mis en lumière par 1 cas où le patient, malgré la gravité de son état, survécut à la splénectomie. A la suite de celle-ci, l'hémoglobine passa de 44 à 70 pour 100, les hématies de 2.700.000 à 3.700.000, les leucocytes de 2.900 à 10.000, les plaquettes de 240.000 à 360.000; les éosinophiles augmentèrent considérablement. Dans la moelle sternale les cellules non mûres diminuèrent beaucoup après la splénectomie ainsi que le nombre des mitoses. De ces constatations et de divers autres faits, E. conclut que les splénomégalies dues à une tuberculose miliaire, ainsi que d'autres splénomégalies où il existe une prolifération des cellules du réticulum, peuvent produire une inhibition apparente de la fonction de la moelle osseuse, se traduisant par des modifications de la formule du sang périphérique. Ces altérations hématologiques semblent pouvoir être interprétées comme le résultat d'une inhibition de l'émission ou de la maturation des cellules sanguines au niveau de la moelle osseuse, mais non de la production de ces cellules dans la moelle.

P.-L. Marie.

ARCHIVES of INTERNAL MEDICINE
(Chicago)

R. H. Williams. ***Douze cas d'endocardite gonococcique*** (*Archives of internal Medicine*, t. **61**, n° 1, Janvier 1938, p. 26-39). — Dans 26 pour 100 des cas d'endocardite infectieuse aiguë traités à l'hôpital de l'Université Vanderbilt depuis 12 ans, c'est le gonocoque qui était en cause. L'endocardite gonococcique fut relevée dans 0,7 pour 100 des autopsies faites pendant cette période. Elle se montre à tous les âges et est plus fréquente chez l'homme.

W. en relate ici 12 cas dont 10 avec autopsie. Le mode de début est variable; l'endocardite se manifesta de quelques jours à plusieurs années après l'infection gonococcique primitive. Le début fut parfois insidieux, par du malaise général et une fièvre modérée durant plusieurs jours. Chez d'autres malades l'affection se constitua en quelques heures avec des frissons, une fièvre élevée, des pétéchies et des arthralgies. Une polyarthrite aiguë fut d'ordinaire la première manifestation locale de l'infection gonococcique généralisée. Les pétéchies sont fréquentes, précoces et présentant des poussées ultérieures. Les grandes pétéchies à centre nécrosé doivent faire penser à l'existence d'une endocardite. Les complications rénales, souvent d'origine embolique, sont communes. Les frissons ne manquèrent jamais, se produisant souvent de façon répétée. La fièvre eut d'ordinaire un caractère oscillant. Le volume du cœur n'augmenta pas d'habitude durant l'évolution, mais une dilatation aiguë terminale fut souvent notée. Chez tous les malades on trouva des signes caractéristiques d'affection valvulaire. Parfois il se produisit de la myocardite. Souvent on constata une augmentation de volume du foie et de la rate; on nota de l'ictère dans 5 cas. Du côté du sang, il existe de l'anémie plus ou moins sévère et une leucocytose marquée. L'urémie fut une cause habituelle de mort. La maladie dura de quelques jours à plusieurs mois, en moyenne 5 semaines.

Le diagnostic ne peut être établi que par des recherches bactériologiques soigneuses. Il faut s'efforcer d'obtenir le germe pathogène au niveau du foyer primitif et des articulations atteintes. De fréquentes hémocultures sur des milieux spéciaux sont souvent nécessaires pour arriver à isoler le germe du sang.

Deux thérapeutiques récentes sont peut-être appelées à modifier le pronostic quasi fatal de cette affection : l'électro-pyrétothérapie de Kettering et la chimiothérapie sous forme de sulfanilamide.

P.-L. Marie.

P. J. Fours et **O. M. Helmer.** ***Epuration sanguine pour l'urée dans l'anémie pernicieuse*** (*Archives of internal Medicine*, t. **61**, n° 1, Janvier 1938, p. 87-95). — F. et H. ont pratiqué 180 déterminations de l'élimination uréique chez 88 malades atteints d'anémie pernicieuse au moyen de la méthode de Van Slyke.

Ils ont constaté qu'il peut y avoir une augmentation marquée de l'élimination de l'urée à la suite de la rémission produite par l'extrait hépatique. Le degré de cette augmentation ne peut être prédit en s'appuyant sur l'étude clinique du patient.

Les malades présentant des causes de complication, accompagnées d'ordinaire d'un besoin accru d'extrait de foie administré par voie buccale, sont sujets à avoir une épuration uréique basse, même après que le chiffre des hématies est redevenu normal.

Les malades ayant une élimination uréique faible ont plus tendance à avoir besoin d'injections d'extrait hépatique pour maintenir un taux normal d'hématies que les patients présentant des chiffres normaux d'épuration uréique.

P.-L. Marie.

J. S. Bollman, L. K. Stalker et **F. C. Mann.** ***Ulcère peptique expérimental produit par l'atophan*** (*Archives of internal Medicine*, t. **61**, n° 1, Janvier 1938, p. 119-129). — L'administration prolongée d'atophan au chien (0 *g*. 10 à 0 *g*. 20 par kilogramme quotidiennement ou par périodes de 4 jours suivies d'une interruption de 3 jours) produit des ulcères chroniques semblables par leur aspect et leur siège à l'ulcère gastrique humain. La formation de l'ulcère est précédée de l'apparition d'une gastrite aiguë qui atteint surtout la région du fundus. Au bout d'une semaine ou deux la gastrite s'atténue et un ulcère gastrique de type perforant se développe au niveau du pylore. En un laps de temps aussi bref que trois semaines l'ulcère peut prendre complètement l'aspect d'un ulcère peptique chronique. Une alimentation grossière abrège le temps demandé pour la production de l'ulcère tandis que des aliments de consistance molle l'allongent. Pendant la période de formation de l'ulcère l'acidité du suc gastrique demeure dans les limites normales, mais sa quantité est notablement accrue et le contenu gastrique reste acide plus longtemps que normalement. La guérison spontanée de l'ulcère chronique produit par l'atophan survient rapidement quand on cesse d'administrer le médicament. Une guérison complète peut s'effectuer en 2 à 7 semaines. Chez les animaux ayant subi une gastro-entérostomie il ne se développe pas d'ulcère chronique dans les conditions où il s'en produit chez tous les témoins non opérés. Il ne survint pas non plus d'ulcères chroniques chez les chiens soumis au régime lacté et aux poudres alcalines ou au bismuth. D'autres formes de prophylaxie (mucine, extrait duodénal, injections d'histidine, etc.) se montrèrent nettement moins efficaces.

P.-L. Marie.

ACTA CHIRURGICA SCANDINAVICA
(Stockholm)

J. Holst (Oslo). ***Lobectomie et pneumectomie pour bronchectasie et sténose bronchique*** (*Acta Chirurgica Scandinavica*, t. **81**, fasc. 1, 12 Mai 1938, p. 87-98). — De 1930 à 1935, différentes formes de collapsothérapie : pneumothorax, phrénicectomie, compression extrapleurale, thoracoplastie, furent tentées sans effet satisfaisant sur 12 cas de dilatation des bronches. Devant cet insuccès, H. s'est adressé à l'extirpation radicale d'un ou plusieurs lobes pulmonaires atteints.

Dix fois, la lobectomie fut pratiquée pour une bronchectasie localisée à un seul lobe. Il n'y eut pas de mortalité post-opératoire; 8 de ces malades ne présentent plus de symptômes cliniques, 1 est seulement amélioré et le dernier est encore en traitement, il conserve une fistule bronchique.

5 sujets ont eu des fistules bronchiques qui se refermèrent spontanément.

Dans un cas où la dilatation des bronches atteignait 3 lobes, le malade résista à la première lobectomie, mais succomba après la seconde, à cause du défaut d'étanchéité du moignon bronchique et avec empyème consécutif.

Une pneumonectomie totale fut enfin pratiquée chez un sujet présentant l'occlusion d'une bronche principale avec des abcès chroniques. Deux mois et demi après l'intervention le malade est encore en traitement pour un épanchement pleural.

Le drainage préliminaire des grandes cavités bronchectasiques n'augmente pas les difficultés techniques de la lobectomie et réduit le danger d'aspiration durant l'intervention.

Robert Clément.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA
(Stockholm)

E. Thomasen. ***Calcification des artères chez un garçon de 8 ans. Rôle possible de la vitamine D*** (*Acta medica Scandinavica*, t. **93**, n° 6, 18 Janvier 1938, p. 505-512). — Il s'agit d'un enfant qui, depuis l'âge de 3 ans, était atteint d'une affection fébrile récidivante, accompagnée d'arthropathies, sans signes de bactériémie, ni foyer septique décelable. A partir de 4 ans, il reçut, entre autres médicaments, une préparation de vitamine D. A 8 ans, quand il rentra à l'hôpital, son affection articulaire fébrile n'était pas encore éteinte. La radiographie faite à ce moment montra les résidus de ces arthropathies, mais révéla en même temps des calcifications étendues des artères périphériques qui, cliniquement, ne donnaient lieu à aucun symptôme. Il n'y avait pas d'anomalies squelettiques. La calcémie et la fonction rénale étaient normales.

T. rappelle les rares cas analogues connus et suspecte l'administration prolongée de vitamine D

dans la genèse de la calcification des artères périphériques chez cet enfant. P.-L. Marie.

H. Strauss (Berlin). ***Diabète et hypertension*** (*Acta medica Scandinavica*, t. **93**, n° 6, 18 Janvier 1938, p. 526-542). — Sur 500 diabétiques 28 pour 100 présentaient une pression de 16 ou plus; sur ce nombre, il y avait 19 pour 100 d'hommes et 35 pour 100 de femmes. Par contre, chez 500 sujets non diabétiques appartenant aux mêmes catégories d'âges, la pression n'atteignait 16 ou plus que dans 12 pour 100 des cas, dont 10 pour 100 d'hommes et 15 pour 100 de femmes. Il semble donc bien que le diabète favorise la production de l'hypertension. La majorité de ces patients avait dépassé 50 ans. Dans plus d'un tiers des cas, le diabète durait depuis 8 ans au moins.

On relève chez les diabétiques hypertendus les mêmes causes de mort que chez les autres hypertendus.

L'association du diabète et de l'hypertension peut soit représenter la conséquence directe du trouble métabolique diabétique sur les vaisseaux et sur leurs nerfs, soit avoir une base constitutionnelle et, spécialement, endocrinienne commune. On peut évoquer, à ce propos, le syndrome de Cushing et diverses constatations touchant à l'hypophyse et aux surrénales.

Du point de vue thérapeutique, quand ces deux états sont associés, on veillera à restreindre l'usage de la viande, du sel et des boissons. La quantité des hydrates de carbone ne doit pas, autant que possible, être inférieure à l'équivalent de 200 *g.* de pain. D'ailleurs, un nombre important de ces malades ont une bonne tolérance hydrocarbonée. En cas de troubles cardiaques, l'insuline sera employée avec modération. P.-L. Marie.

C. Bloch (Prague). ***Troubles cardiaques et constatations électrocardiographiques dans l'anémie*** (*Acta medica Scandinavica*, t. **93**, n° 6, 18 Janvier 1938, p. 543-589). — Il survient souvent des troubles cardiaques dans des cas d'anémie qui ne présentent pas de symptômes d'affection circulatoire primitive, comme le montrent les 191 observations d'anémies de cause et de gravité différentes étudiées par B. Cette constatation cadre avec les enseignements de la vieille clinique et avec la plupart des recherches de l'école moderne.

L'anémie peut non seulement occasionner de la dyspnée et des palpitations, mais aussi des cardialgies de type angineux et de la claudication intermittente. Sur ces 191 anémiques, 12 pour 100 présentaient ces symptômes, qui se montrèrent souvent au-dessous de 40 ans, ce qui indique que ces cardialgies ne sont pas dues à une coïncidence de hasard entre anémie et sclérose coronaire, comme on l'a dit. Il n'y a pas de preuve non plus qu'il existe une prédisposition végétative aux spasmes coronaires dans l'anémie. Celle-ci peut, par elle-même, causer des troubles cardiaques allant jusqu'aux cardialgies angineuses par suite des modifications qu'elle réalise dans la circulation générale et dans l'irrigation du myocarde. Les observations relatées permettent de conclure que les troubles cardiaques surviennent plutôt dans l'anémie pernicieuse et la chloro-anémie achylique que dans les anémies secondaires et que, en dehors des facteurs circulatoires connus, des influences toxiques peuvent aussi jouer un rôle dans la production des cardialgies et des anémies pernicieuses et achyliques.

Parmi 88 anémies de cause et de gravité diverses, 47 présentaient un électrocardiogramme « positif », ce qualificatif désignant soit une variation maximum de potentiel ne dépassant pas 0,7 mV, soit un abaissement des segments intermédiaires au-dessous de l'axe iso-électrique dans deux dérivations au moins, soit une amplitude de l'onde T inférieure à 0,1 mV dans les trois dérivations classiques ou à 0,1 mV en dérivation IV, soit plusieurs de ces anomalies à la fois. Les malades présentant des signes électrocardiographiques d'une affection primitive du cœur ont été exclus.

L'examen des tracés de ces 88 anémiques montre que le genre de l'anémie et l'âge des sujets n'influent pas sur l'électrocardiogramme et qu'il n'existe pas de rapport simple avec la durée de l'anémie et avec le taux de l'hémoglobine lors de la prise du tracé. 30 malades purent être suivis électrocardiographiquement et les constatations faites révèlent le lien existant entre le tracé et l'affection sanguine. A mesure que l'hémoglobine augmente, on observe une amélioration plus ou moins marquée du tracé. Chez certains malades, la dégénérescence du myocarde causée par l'anémie semble telle qu'elle est définitive, et l'électrocardiogramme ne se modifie pas avec l'amélioration de l'affection sanguine. Chez quelques malades, malgré le relèvement de l'hémoglobine, le tracé devient plus mauvais. Une aggravation des signes électrocardiographiques, due à une hémorragie aiguë intercurrente, disparut rapidement, avant que le taux de l'hémoglobine se modifiât. Ce fait montre bien l'influence profonde de l'hémorragie aiguë sur les conditions circulatoires.

Des sujets ayant de la cardialgie d'effort et des troubles circulatoires, même accentués, et un électrocardiogramme positif, au sens ci-dessus précisé, ne doivent pas être considérés comme des cardiaques primitifs, car tous ces symptômes peuvent être causés par une anémie et disparaître sans laisser de trace avec le traitement de cette dernière par le fer ou par le foie. P.-L. Marie.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Bâle)

H. Zondek. ***Basedow adynamique*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **68**, n° 3, 15 Janvier 1938, p. 65-68). — On a souvent signalé autrefois, au cours de la maladie de Basedow, les hémiplégies, des paraplégies et des parésies. Dans beaucoup de ces phénomènes un élément hystérique semble être intervenu de sorte qu'ils étaient interprétés de façons très diverses. La diminution de la force musculaire, par contre, est un des caractères les plus fréquents de la maladie que Z. attribue à un trouble dans les échanges d'hydrates de carbone. Il est probable que chez ces malades, une partie de l'acide lactique produit au cours du travail musculaire ne peut être resynthétisée comme normalement en glycogène. Dans cette adynamie, les surrénales et plus spécialement la corticosurrénale doivent être en cause car les fonctions de cette dernière sont inhibées par l'hyperfonction thyroïdienne. On a d'ailleurs signalé les bons effets de l'hormone corticosurrénale dans la maladie de Basedow.

Chez une femme de 24 ans, opérée une première fois en 1924, ayant présenté 10 ans plus tard une nouvelle rechute, puis subi une nouvelle intervention, Z. a constaté, à côté d'exophtalmos, une limitation des mouvements oculaires vers la droite et vers le bas. Quelques jours plus tard, la mobilité des yeux disparut complètement; le pouls atteignit 130 par minute et il survint de la diplopie. Sous l'influence de prostigmine la mobilité des yeux reparut dans une certaine mesure, montrant ainsi qu'il s'agissait non pas d'un processus bulbaire, mais simplement d'une adynamie sévère des muscles de l'œil. Ces phénomènes oculaires ont été suivis ultérieurement de l'apparition d'un syndrome tout à fait analogue à la myasthénie grave intéressant les muscles des extrémités, du pharynx, des cordes vocales, du diaphragme, etc. L'irradiation du thymus par le radium amena une amélioration considérable. On sait d'ailleurs qu'on a établi bien souvent l'existence de relations entre l'état du thymus et la myasthénie grave. C'est là un fait qu'on ne doit pas oublier, toutes les fois qu'on est en face d'un syndrome d'ophtalmoplégie externe en cas de basedow. De même, les effets de la prostigmine sur la parésie oculaire doivent être retenus. P.-E. Morhardt.

J. L. Nicod. ***Pancréatite chronique chez le nourrisson et sténose du pylore*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **68**, n° 5, 29 Janvier 1938, p. 105-108). — N. a eu l'occasion d'observer deux nourrissons dont la maladie s'est manifestée par des troubles digestifs avec vomissements qui en imposaient pour une sténose hypertrophique du pylore. Dans 1 cas, la maladie est apparue 6 semaines après la naissance, période au cours de laquelle l'état avait été normal. Dans le second cas, les symptômes étaient apparus dès la naissance. L'évolution fut progressive et rebelle à toutes les méthodes d'adaptation du régime alimentaire. Dans les 2 cas, on constata une augmentation des graisses dans les selles qui n'était cependant pas suffisante pour faire faire le diagnostic d'infection pancréatique. Il n'y avait pas de syphilis chez les antécédents.

Chez les deux malades, on a constaté à l'autopsie une augmentation de volume et une induration de la tête du pancréas et au microscope des signes d'une duodénite chronique et d'une pancréatite chronique kystique. Dans 1 cas, les îlots de Langerhans étaient remarquablement conservés et même fortement augmentés de nombre tandis que dans l'autre ils étaient atrophiques comme le reste de la glande. Il s'agissait d'une infiltration inflammatoire lymphocytaire assez discrète et il y a lieu de penser que l'atteinte pancréatique fut primitive. La syphilis et une malformation congénitale peuvent être éliminées. Il ne s'agit pas non plus d'une maladie de Herter qui débute plus tard et qui ne s'accompagne pas d'inflammation localisée au pancréas et aux organes voisins. Il faut donc considérer ces cas comme l'expression d'une pancréatite chronique avec duodénite cliniquement caractérisée par des vomissements persistants faisant songer à une sténose hypertrophique du pylore. Il est possible d'ailleurs que, soit les adhérences péripyloriques, soit la duodénale, aient pu provoquer une sténose réelle ou des spasmes de la musculature du pylore. P.-E. Morhardt.

H. Olivecrona. ***Maladie de Ménière et son traitement chirurgical*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **68**, n° 6, 5 Février 1938, p. 125-128). — O. expose la symptomatologie de la maladie de Ménière (accès brusques et intermittents de vertiges accompagnés de vomissements, de nystagmus, de diminution de l'ouïe et de bourdonnements d'oreille du côté de l'oreille malade, surdité subtotale, voire même, plus rarement, totale, céphalée, diplopie, pertes de connaissance passagères). L'évolution de la maladie est très irrégulière et, au sujet de la pathogénèse, on a fait beaucoup d'hypothèses mais peu de recherches précises. Il semble n'y avoir pas de doutes que les processus pathologiques qui sont capables de déterminer les crises de ce genre intéressent l'appareil vestibulaire tout entier du labyrinthe au noyau du vestibulaire dans le bulbe. La présence de tumeurs (tumeurs du bulbe, du 4e ventricule, anévrismes de l'artère vertébrale) a pu également être mise en cause de même que certaines affections de l'oreille moyenne (otite chronique avec perforation du tympan, otosclérose, etc.). Dans le syndrome de Ménière essentiel, certains auteurs ont admis l'existence de troubles des échanges hydriques. Avec une pathogénèse si obscure, la thérapeutique ne saurait être facilement précisée et, de plus, la subjectivité des symptômes explique que de nombreuses méthodes aient été vantées.

Au point de vue local, on a préconisé le cathétérisme des trompes qu'on a ultérieurement associé à toute sorte de médicaments et surtout à l'adrénaline dont on a prétendu qu'elle pouvait guérir la maladie. On a eu recours naturellement aux diurétiques et à la diététique, en particulier à la réduction de

sel accompagnée de chlorure d'ammonium (méthode de Mygind et Dedering) et à la réduction de boisson (méthode de Fürstenberg). Ces deux dernières méthodes paraissent être celles qui, pour O., permettent d'espérer les meilleurs résultats.

On a tenté, également, des opérations ayant pour but de mettre hors de fonction l'appareil vestibulaire, soit par intervention sur le labyrinthe, soit par la section du nerf acoustique ou du nerf vestibulaire. Cette dernière opération paraît d'ailleurs la plus recommandable. C'est Dandy qui, d'après O., a le mérite d'avoir appliqué systématiquement la section de l'acoustique dans la maladie de Ménière. Ultérieurement, cet auteur s'est borné à sectionner la branche vestibulaire de façon à conserver la branche cochléaire. Il a pu, en 1937, faire connaître les résultats qu'il avait obtenus dans 160 cas. Les opérés étaient restés au moins un an sans accident. Depuis 7 ans, O. recourt également à cette intervention dans des cas où le traitement conservateur n'a rien donné. Il cherche également à ne sectionner que la branche vestibulaire. Dans les 5 premiers cas où O. craignait de léser le facial, les résultats obtenus ont été incomplets une fois. Dans tous les autres cas, malgré un reste de fonction vestibulaire, les accès disparurent. Dans 7 cas où le cochléaire a été épargné, l'audition a été conservée. Dans 3 cas, il y eut parésie du facial qui disparut rapidement deux fois.

L'opération a l'avantage d'agir rapidement et sûrement et, après 10 ans d'expérience, il paraît se confirmer que les malades sont vraiment débarrassés de leurs accès de vertiges. Par contre, le pronostic au point de vue des bourdonnements d'oreille est mauvais, même lorsque le cochléaire a été également sectionné. Ces bourdonnements doivent donc être d'origine centrale. Les risques opératoires paraissent très modérés. La paralysie du facial ne pourra jamais être exclue à coup sûr, mais l'intervention ne doit être pratiquée que dans les cas très sévères et à condition que le diagnostic ait été bien établi. P.-E. Morhardt.

P. Rohmer. ***Nouveaux aspects du problème de la dystrophie scorbutique*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. 68, n° 8, 19 Février 1938, p. 173-175). — On a fait, au cours de ces dernières années, au sujet du rachitisme, des progrès extraordinaires. Il en est de même actuellement pour la dystrophie scorbutique. Ces deux maladies cependant sont l'une et l'autre connues depuis l'antiquité. Les données biologiques et chimiques relatives à l'acide ascorbique et l'acide déhydro-ascorbique, catalyseurs importants des processus d'oxydoréduction, ne semblent pas, d'après R., nécessaires chez l'enfant de moins de 6 mois. A cet âge, en effet, la suppression de l'acide ascorbique ne diminue pas l'excrétion de cet acide dans l'urine. Vers la fin de la première année cependant, la carence de ce corps dans le régime le fait légèrement baisser dans l'urine d'où, par contre, il disparaît à partir de la deuxième année, complètement et très rapidement dès que le principe est supprimé du régime. Il semble donc que le nourrisson soit capable de faire la synthèse de l'acide ascorbique, fait qui d'ailleurs a été contesté probablement parce que la méthode employée ne donne pas toujours des résultats aussi indiscutables que celle de Bezssonoff qui est plus précise que la méthode originale de Tillmans.

Des recherches poursuivies sur le liquide céphalo-rachidien respectivement de nourrisson, d'enfant et d'animal ont confirmé les observations faites sur l'urine. Chez les prématurés, le liquide céphalo-rachidien contient 27 *mg.*, chez les nouveau-nés, 14 *mg.* et un peu plus tard 7 *mg.* pour 1000 *g.* Le jeune nourrisson est donc, dans une large mesure, indépendant de la vitamine C du régime.

Chez l'homme, en utilisant le test de la résistance capillaire, on a trouvé que les besoins s'élevaient à 0 *mg.* par kilogramme et par jour. La détermination de la quantité nécessaire pour obtenir la saturation de l'organisme donne des chiffres d'environ 1 *mg.* par kilogramme. Chez le jeune nourrisson, cette dose serait de 2 *mg.* 6 par kilogramme et par jour et, à partir du 6e mois, semblable à celle de l'adulte.

Cliniquement, la carence de vitamine C détermine: 1° Le scorbut avéré bien connu; 2° Le scorbut fruste caractérisé par des angiodystrophies (pétéchies, hématurie, sang occulte dans les selles, douleurs osseuses à la pression, signes du lacet et, d'après A.F. Hess, bouffissures des paupières, élargissement du cœur, rapidité anormale de la respiration et du pouls); 3° La dystrophie préscorbutique (pâleur, anorexie, ralentissement de l'augmentation pondérale, troubles dyspeptiques chroniques, hyperthermie); 4° Certaines formes d'anémies. Sacrez, élève de R., a effectivement montré que dans les anémies, le besoin en acide ascorbique est particulièrement grand. P.-E. Morhardt.

CASOPIS LEKARU CESKYCH (Prague)

Raska. ***Dysenterie (Epidémie due au bacille de Kruse-Sonne)*** [*Casopis lekaru Ceskych*, A. 77, n° 19, 13 Mai 1938, p. 598-607]. — En automne 1937, dans une importante garnison de Bohême, éclata subitement une épidémie caractérisée cliniquement par un syndrome d'entérocolite aiguë. Elle atteignit en quelques jours 240 soldats. Bénigne dans la majorité des cas, et guérissant en six à sept jours, la maladie se présenta cependant, avec une fréquence relative (16 pour 100), sous forme d'intoxication grave. Un soldat mourut en moins de vingt-quatre heures, avec des phénomènes anaphylactoïdes interprétés comme une réaction de Sanarelli. Les examens bactériologiques prouvèrent qu'il s'agissait du b. paradysentérique de Kruse-Sonne.

R. fut envoyé sur place par le Ministère de la Défense Nationale, avec un laboratoire bactériologique mobile, et chargé de l'étude épidémiologique et bactériologique. Il put établir que l'épidémie, d'origine alimentaire, était due à la consommation de fromage, de beurre et de lait, provenant d'une laiterie privée. Il découvrit que cette brusque épidémie militaire avait été précédée par une petite épidémie limitée au personnel de la laiterie et due elle-même à des contaminations par porteur de germes. Il s'agissait, en l'espèce, d'une femme, employée au lavage des bouteilles et à la manipulation des récipients, atteinte depuis deux ans de dysenterie chronique. Elle avait provoqué également d'assez nombreux cas dans les milieux civils.

L'examen bactériologique des selles fut systématiquement poursuivi pour tous les soldats de la caserne où l'épidémie avait éclaté. Ces investigations montrèrent que le nombre des sujets infectés était beaucoup plus considérable que celui des malades. Dix jours après le début de l'épidémie on décela ainsi 17 pour 100 d'infections inapparentes. Presque toujours les germes disparurent en un temps très court et les porteurs chroniques, au delà de deux mois, furent l'exception. Chez les malades, à la période aiguë, la proportion des cultures positives fut de 42 pour 100. Sur 15 hémocultures, 2 seulement furent positives.

Grâce aux mesures hygiéniques et prophylactiques prises, l'épidémie s'éteignit très vite, sans manifestation extensive nouvelle. Il faut noter cependant qu'un médecin et trois infirmiers, parmi ceux qui soignaient les malades, s'infectèrent. Cette variété de bacilles pseudo-dysentériques n'avait encore donné lieu à aucune épidémie en Tchécoslovaquie. Toutefois les recherches entreprises à la suite des faits relatés montrèrent l'existence d'une endémie discrète assez ancienne en certaines régions localisées.

Karasek. ***Rôle de l'adrénaline dans la régulation de la circulation*** (*Casopis lekaru Ceskych*, A. 77, n° 20, 20 Mai 1938, p. 621-626). — Les recherches récentes ont prouvé l'importance du rôle que joue l'adrénaline dans la régulation du régime circulatoire. Elle intervient physiologiquement pour diriger, vers les organes en travail, la masse sanguine des organes au repos. Des doses faibles, très inférieures à celles que sécrètent normalement les surrénales, suffisent pour provoquer ce déplacement, et ce dernier peut se trouver réalisé sans que la pression sanguine soit modifiée. La sensibilité des parois vasculaires à l'excitation adrénalinique est très variable : on sait que les vaisseaux du myocarde ne réagissent pas du tout comme les vaisseaux périphériques. Mais il est surtout remarquable que les mêmes éléments artériels voient se modifier de façon très importante leur réactibilité à la même excitation ; une même dose d'adrénaline entraîne une vasoconstriction évidente s'il s'agit d'un muscle au repos. Elle reste sans action sur le calibre vasculaire si le muscle est en travail.

Son action, exercée sous un multiple contrôle neuro-humoral, est avant tout périphérique. Sa sécrétion dépend surtout de la pression sanguine, par l'intermédiaire des nerfs pressorécepteurs, dont les terminaisons sont excitées, au niveau des zones réflexogènes, à la fois mécaniquement (variation hémodynamique) et chimiquement (taux de l'hormone). Excitant très puissant de la médullo-surrénale, l'acétylcholine joue normalement un rôle médiateur, à côté du nerf splanchnique et de son action sur les cellules de ce même tissu.

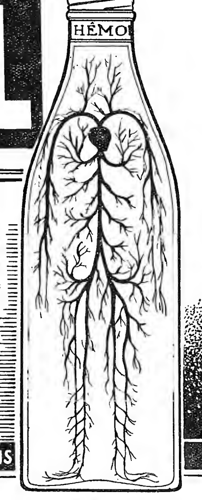
Nos connaissances touchant sa formation sont encore incomplètes. Elle provient vraisemblablement de la tyramine, seule substance que la médullo-surrénale puisse transformer en adrénaline. Mais cette origine, son identité éventuelle avec la sympathine, ses transformations successives, ne pourront être établies avec certitude que lorsqu'une méthode directe, précise et suffisamment sensible, permettra le dosage de l'adrénaline.

Lenoch. ***Contribution à l'étude du diagnostic différentiel des maladies rhumatismales*** (*Casopis lekaru Ceskych*, A. 77, n° 20, 20 Mai 1938, p. 626-631). — En principe, toute affection rhumatismale doit s'accompagner d'une réaction de Mester positive. On voit combien le diagnostic, parfois si malaisé, de ces affections, pourrait être facilité par cette réaction qui se pratique très simplement, à l'aide de 5 injections intradermiques d'une solution à 1 pour 1.000 d'acide salicylique. Ces intradermo-réactions se font à la face palmaire de l'avant-bras, chacune avec 2/10e de *cm*³ de la solution, de façon à faire apparaître 5 élevures lenticulaires blanches.

Immédiatement avant les injections, qui doivent être pratiquées le matin à jeun, on fait une numération globulaire, et l'on répète cette numération une demi-heure et une heure après. Pendant tout ce temps, le bras doit rester étendu horizontalement sur une table si le sujet est assis, sur des coussins s'il est couché. La réaction est considérée comme positive, si le nombre des leucocytes s'abaisse de 15 pour 100, que cette diminution soit constatée après 30 ou après 60 minutes.

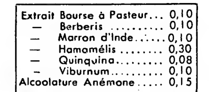
Moyen précieux de diagnostic, sans doute, la réaction de Mester n'est aucunement infaillible, pour toutes les affections rhumatismales inflammatoires. Elle serait capable d'individualiser avec une grande probabilité les arthrites rhumatismales des pseudo-rhumatismes et de la goutte. Dans les affections dégénératives (ostéo-arthrose, ostéoarthrite hypertrophiante), elle est sans valeur. Mester affirme le contraire, mais pour L. elle s'est montrée positive dans une moitié des cas et négative dans l'autre. Dans les périarthrites de l'épaule elle est en général positive. Dans les sciatiques essentielles, ses résultats ne sont pas constants. De plus, chez les sujets normaux, indemnes de toute atteinte rhumatismale, elle peut être positive assez souvent (13 pour 100). Enfin dans les cardiopathies rhumatismales évolutives elle reste négative, tout comme dans les affections valvulaires cicatricielles, sans poussée inflammatoire récente.





PHYTOTHÉRAPIE TONI-VEINEUSE

RÉGULATEUR DE LA CIRCULATION VEINEUSE



Extrait Bourse à Pasteur...	0,10
— Berberis	0,10
— Marron d'Inde........	0,10
— Hamamélis	0,30
— Quinquina.........	0,08
— Viburnum..........	0,10
Alcoolature Anémone	0,15

ÉTATS CONGESTIFS

LIQUIDE
3 cuillères à café par jour

COMPRIMÉS
6 comprimés par jour

LIT^RE ÉCH^ONS: LABO. DE L'HÉMOLUOL, 11 rue MOGADOR • PARIS

TRAITEMENT DES TROUBLES FONCTIONNELS
DU SYSTÈME SYMPATHIQUE



NEUROTENSYL

2 A 3 COMPRIMES AVANT
LES PRINCIPAUX REPAS

●

BOUFFÉES CONGESTIVES - VERTIGES
INSOMNIES TENACES - EMOTIVITÉ
HYPEREXCITABILITE - ANGOISSE
ARYTHMIE - TROUBLES DE L'HYPERTENSION
TROUBLES CARDIO-VASCULAIRES

●

LABORATOIRES J. P. PETIT
72, BOULEVARD DAVOUT - PARIS (XXe)

REVUE DES JOURNAUX

PARIS MÉDICAL

R. Mathey-Cornat. ***Les méthodes actuelles d'irradiation des tumeurs malignes de l'amygdale (sarcomes et cancers) et leurs résultats*** (*Paris Médical*, t. **28**, n° 12, 19 Mars 1938, p. 237-245). — Après avoir rappelé l'intérêt « dans l'état actuel de nos connaissances, de la radiothérapie, envisagée sous son angle le plus large et le plus compréhensif », en ce qui concerne le traitement des tumeurs malignes de l'amygdale palatine, et comparé son action à celle de la chirurgie, ainsi que les indications de ces deux traitements. M.-C. expose l'importance du facteur anatomo-pathologique.

Il étudie longuement les *techniques radiothérapiques* (radium et rayons X) qui comprennent: la rœntgenthérapie, la téléeuriethérapie, le traitement des ganglions et l'irradiation intra-cavitaire, et les *résultats* que ces techniques ont permis d'obtenir entre les mains de divers auteurs et ceux qu'il a pu lui-même constater.

Il conclut qu'il y a lieu de reviser les données acquises sur l'expérience chirurgicale: l'amygdalectomie totale, qui ne peut répondre qu'à un petit nombre de cas, si elle peut être techniquement suffisante, ne l'est pas toujours biologiquement en raison de l'envahissement des lymphatiques, et il y aura intérêt à la compléter par l'irradiation locale large post-opératoire aussi précoce que possible. L'auteur pense que, même au début, pour les cas « techniquement opérables », le traitement initial peut consister en une association de rœntgen et curiethérapie et rappelle les résultats obtenus par Coutard à l'Institut du Radium de Paris (26 pour 100 de guérisons contrôlées après 3 ans, 18 pour 100 après 5 ans, 30 pour 100 après 8 ans, de 1920 à 1926, 46 pour 100 depuis 1926) et ceux obtenus à Bordeaux (de 1924 à 1957, les techniques s'étant améliorées depuis 1930, 43 pour 100 de survies après un an, 33 pour 100 après deux ans, 14 pour 100 après 5 ans), que l'on peut espérer encore voir aller en s'améliorant.

Canuyt et Gunsett sont partisans de l'irradiation profonde post-opératoire des cancers opérables opérés et favorables à la radiothérapie des sarcomes. Schinz et Zuppinger partisans de l'irradiation dans tous les cas de cancers et de sarcomes ont obtenu des survies respectives de 27 pour 100 la première année, 23 et 25 pour 100 les deuxième et troisième années dans le premier cas, de 58, 31, 36 pour 100 dans le deuxième cas (avec 77 pour 100 de résultats palliatifs); Berven utilise la curiethérapie et l'électro-coagulation et obtient 41 à 35 pour 100 de guérisons cliniques de cinq ans ou plus.

Toutes ces données plaident en faveur des traitements radiothérapiques « correctement conçus et exécutés ». MOREL KAHN.

ARCHIVES DE MEDECINE DES ENFANTS (Paris)

Raoul Labbé (Paris). ***Surdi-mutité*** (*Archives de médecine des enfants*, t. **41**, n° 5, Mai 1938, p. 257-268). — Médecin en chef de l'Institution nationale des sourds-muets à Paris, L. publie une étude très détaillée de la surdi-mutité, basée sur 150 dossiers de sourds-muets.

Il existait en France, en 1926, 18.801 sourds-muets, soit 47 sourds-muets pour 100.000 habitants. Les Institutions nationales de sourds-muets se trouvent à Paris, à Chambéry, à Metz, à Bordeaux, cette dernière réservée aux filles.

Au sujet de l'*origine de la surdi-mutité*, il convient de noter que la surdité est le fait primitif et que le mutisme est secondaire: le sourd-muet n'est muet que parce qu'il est sourd.

A. Castex et B. Thollon classent les sourds-muets, d'après l'effectif des élèves de l'Institution nationale, en 4 catégories: 1° *surdi-mutité congénitale* avec mutisme inné 17,9 pour 100; 2° *surdi-mutité acquise*, qui peut être précoce, 20,9 pour 100 ou tardive 26 pour 100, total 46,9 pour 100; 3° surdité par atteinte tardive *sans mutisme*, 4,16 pour 100; 4° mutisme *sans surdité*, 0,80 pour 100.

L'*étiologie* de la surdi-mutité reste très obscure, très variée. A la base de la surdi-mutité congénitale, on rencontre souvent un traumatisme maternel (physique ou moral). Pour la surdi-mutité acquise, le traumatisme peut encore être parfois invoqué, mais ici joue indiscutablement toute la gamme des infections rhino-pharyngées. Les maladies infectieuses du nourrisson, par l'otite suppurée qu'elles peuvent déclencher, sont souvent néfastes. La méningite cérébro-spinale est la cause de surdité-mutité les plus fréquemment invoquée.

Les cas de surdi-mutité dans une même *fratrie* ne sont pas exceptionnels: 16 cas sur 291 élèves. Dans une même famille on a pu compter 5 enfants sourds-muets.

Les cas familiaux ne doivent pas être confondus avec les cas de « *surdité familiale* » caractérisés par une susceptibilité particulière qui provoque plusieurs cas de surdité non congénitale, progressive, d'évolution lente et rarement complète.

L. a relevé 13 fois sur 100 l'existence d'antécédents héréditaires. Les mariages entre sourds-muets, d'autre part, sont très fréquents et s'observent 72 fois sur 100 d'après Graham Bell. Pour 100 familles de sourds-muets, L. a noté 19 fois la consanguinité des parents.

L'origine *syphilitique* de la surdi-mutité est presque un dogme. Cependant la preuve clinique, de même que la réfutation en est souvent difficile. L. recherchant la réaction de B.-W. dans 67 cas, ne l'a trouvée fortement positive que dans 9 pour 100 des cas. R. Jouet admet que l'hérédo-syphilis est en cause dans 10 pour 100 des cas. A signaler que Ed. Fournier, de son côté, admettait le pourcentage de 14 à 18 pour 100 de lésions de l'oreille chez les hérédo-syphilitiques dystrophiques.

Au point de vue *anatomo-pathologique*, la surdi-mutité, qu'elle soit congénitale ou acquise, s'explique soit par l'atrophie, soit par la dégénérescence, l'ostéo-sclérose des organes de l'audition et particulièrement des organes centraux (labyrinthe ou zone cérébrale auditive). G. SCHREIBER.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

W. Thiele. ***Les effets de la vitamine C sur l'hémogramme blanc et la leucémie myéloïde chronique*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **17**, n° 5, 29 Janvier 1938, p. 150-151). — On a utilisé la vitamine C avec des résultats intéressants dans des affections très diverses comme les diathèses hémorragiques, certaines anémies, etc. De plus, les résultats ainsi obtenus ont montré que l'hypovitaminose C est plus fréquente qu'on ne le pensait. L'acide 1-ascorbique agit principalement sur l'hémogramme rouge: il augmente les thrombocytes, raccourcit le temps de saignement et, associé au fer et au foie, favorise l'érythropoïèse.

Son action sur la leucopénie est encore discutée et c'est cette question que T. a surtout étudié chez les sujets normaux ou chez les malades. Il a ainsi constaté que l'administration de 500 mg. d'acide 1-ascorbique en injections intraveineuse (cebion) a parfois pour effets d'augmenter le nombre des leucocytes qui, au bout de 60 à 70 minutes commence à diminuer pour revenir au bout de 2 heures au chiffre initial. En même temps que cette leucocytose initiale, on constate une lymphocytose relative. L'administration quotidienne de 500 mg. de vitamine C augmente progressivement le nombre des leucocytes en même temps que celui des thrombocytes. Dans deux cas de leucémie myéloïde chronique, l'administration de vitamine C n'a pas eu d'effets. P.-E. MORHARDT.

F. Umber, F. K. Störring et E. Glet. ***Expériences chez 250 diabétiques hospitalisés et ambulants avec diverses préparations par dépôt d'insuline*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **17**, n° 6, 5 Février 1938, p. 190-196). — U., S. et G. ont procédé, il y a quelques années, à des essais de traitement du diabète par dépôt d'insuline avec un produit qui avait donné des résultats assez intéressants (voir *La Presse Médicale* du 6 Mars 1937) mais qui finalement s'est montré difficilement tolérable car il a provoqué des infiltrations tissulaires, voire même des abcès. Des recherches de ce genre ont été reprises par U., S. et G. avec diverses autres préparations et d'abord avec une insuline additionnée d'extrait de lobe postérieur d'hypophyse (deposuline) dont le pouvoir vasoconstricteur retardait la résorption. Les résultats n'ont pas été satisfaisants. Il en a été de même avec une insuline mélangée à l'adrénaline.

Une insuline combinée à une protamine (protamine-insuline retard) et progressivement désintégrée par les cellules des tissus, a été également étudiée. Cette préparation doit, avant l'injection, être ajoutée à un phosphate tampon par lequel elle est précipitée pour donner une suspension homogène. Elle a été utilisée chez 150 diabétiques présentant des formes sévères ou moyennement sévères à un moment où ces malades étaient bien en équilibre. au point de vue des échanges sucrés. Il est, en effet, indispensable pour apprécier la valeur des médicaments de ce genre, que les diabétiques sur lesquels on fait des essais, aient depuis des années, toujours les mêmes besoins en insuline. Il a été ainsi possible, dans les formes moyennement sévères, de remplacer complètement deux injections d'ancienne insuline par une seule injection du nouveau produit. Dans les formes sévères où il fallait 3 injections ou davantage d'ancienne insuline par jour, on a toujours pu se contenter de 2 injections du nouveau produit.

Chez les enfants diabétiques, il y aurait un très grand avantage à pouvoir réduire le nombre des injections et à pouvoir se passer d'insuline pendant toute la durée de la nuit. L'expérience a montré qu'on pouvait arriver à ce résultat.

En outre, il a été possible, d'une façon générale, avec cette préparation, de réduire de près d'un tiers (27 pour 100) la dose d'insuline. D'une façon générale, aux diabétiques qui avaient besoin d'une injection d'insuline matin et soir, il fut administré une seule injection le matin représentant les 2/3 de la dose totale d'insuline. Etant donné les variations individuelles de la vitesse de résorption du nouveau

PREMIÈRE APPLICATION PAR LES "MICRODOSES" DE L'HISTAMINE A LA THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE



DÉSENSIBILISATION BIOCHIMIQUE

SPÉCIFIQUE ATOXIQUE

ÉTATS ALLERGIQUES

ASTHME
MIGRAINES
URTICAIRE
ŒDÈME DE QUINCKÉ
INTOLÉRANCES ALIMENTAIRES

Ampoules de 1 cc.
Injection sous - cutanée
tous les jours
ou tous les 2 jours

Boîtes de 20 ampoules

BIOTHÉRAPIE DES ULCÈRES GASTRO - DUODÉNAUX

LABORATOIRE DEHAUSSY - 50, Rue Nationale, LILLE

produit par les tissus, il a fallu souvent tâtonner assez longtemps pour établir l'équilibre. Pour arriver plus facilement au but, on a eu recours à une injection matin et soir de la nouvelle préparation, l'injection du soir étant plus petite et progressivement réduite, puis supprimée. Quand il s'agissait de diabétiques ayant besoin de 3 injections d'insuline ou davantage, on a remplacé les deux premières par une seule de la nouvelle préparation représentant toujours les 2/3 de la dose primitivement injectée. Si l'aglycosurie était réalisée du premier coup par cette méthode, on réduisait rapidement les doses pour éviter les effets cumulatifs possibles. Avec cette nouvelle méthode, l'administration des hydrates de carbone a été répartie en plusieurs doses au cours de la journée. Il n'a pas été constaté d'irritation locale.

Chez les diabétiques sévères, 2 injections de la nouvelle préparation sont indispensables. En pareil cas, les effets d'une injection ne durent pas plus de 12 heures.

Cette préparation réduit la tendance aux réactions hypoglycémiques et, quand elles surviennent, on constate, au lieu de symptômes habituels (sueurs profuses, palpitations du cœur, tremblements), des céphalées à type de migraine, de l'apathie, de la somnolence, etc., parfois il est survenu des pertes de connaissance. P.-E. Morhardt.

G. Wachsmuth et **G. Heinrich.** ***Hypovitaminose et ostéomyélite*** (*Klinische Wochenschrift*, t. 17, n° 8, 19 Février 1938, p. 269-271). — Dans la pathogénèse de l'ostéomyélite, on a fait jusqu'ici surtout intervenir des phénomènes mécaniques: ralentissement du courant sanguin dans les vaisseaux, phagocytose qui contribue à accentuer les troubles circulatoires locaux, notamment dans la moelle, etc.

Mais la carence des vitamines A, B et surtout C est envisagée depuis peu. Takahashi en particulier, a montré qu'en cas de carence, même partielle de vitamine C, la résistance des os est diminuée.

Une observation de W. et H. confirme ce fait. Un homme de 24 ans qui avait eu une angine scarlatineuse sévère avec difficulté persistante de la déglutition et amaigrissement considérable, présenta des abcès des parties molles qu'il fallut ouvrir, puis finalement un processus ostéomyélitique symétrique des diaphyses des deux radius et des deux péronés. Cette complication avait évolué sans provoquer aucun symptôme car, quand elle fut découverte, elle était en voie de guérison.

Chez ce malade, il est vraisemblable qu'il y avait carence de vitamine parce qu'il jeûnait depuis près de 5 semaines. Dans ces conditions, l'ostéomyélite hématogène doit être considérée comme sous la dépendance de facteurs autres que ceux qui étaient seuls invoqués jusqu'ici et on doit songer, dans cette affection, à rétablir un état biologique normal par une alimentation suffisante.

Dans le cas de ce malade, il y a également lieu d'admettre que les forces de résistance de la moelle osseuse était affaiblie surtout là où le travail est le plus considérable et où l'irrigation sanguine est au minimum. Des phénomènes du même genre paraissent intervenir dans certaines fractures en bois vert et dans des fractures complètes qui surviennent chez les sportifs ou chez les soldats au cours d'efforts violents, et qui pourraient être expliqués tout au moins partiellement par une diminution de la résistance. P.-E. Morhardt.

W. Neuweiler. ***La teneur du lait de femme en vitamine B_1 et ses modifications sous l'influence de l'alimentation*** (*Klinische Wochenschrift*, t. 17, n° 9, 26 Février 1938, p. 296-298). — D'une façon générale, le lait de femme contiendrait assez peu de vitamine B_1 soit 5 à 12 unités de croissance des rats par 100 centimètres cubes Le lait de vache en contient davantage: 20 unités, l'unité de croissance correspondant à 2 γ. Mais les travaux de Reyher semblent montrer que la teneur du lait de vache est assez faible pour créer un danger d'hypovitaminose chez le nourrisson. D'ailleurs si, chez les vaches, il est établi que la teneur du lait en vitamine B_2 dépend de l'alimentation, pareil fait n'a pas encore été établi pour la vitamine B_1. En utilisant la méthode de Jansen modifiée par Kubli et W. Karrer qui est décrite, N. a étudié le taux de la vitamine B_1 dans le lait de femme comme dans le lait de vache. Les variations ainsi constatées sont assez importantes. Les quantités trouvées dans le lait de femme varient de traces à 13 γ par 100 centimètres cubes avec une moyenne de 10 γ. Des recherches de contrôle faites après adjonction de vitamine B_1 au lait ont cependant donné des résultats assez concordants. Avec le lait de vache, les valeurs ont été beaucoup plus élevées, soit 24 à 57 γ. La faible concentration constatée dans le lait de femme n'est cependant pas considérée, notamment par Bessau et Reichelt, comme ayant une très grande importance car certaines bactéries du côlon de l'enfant, et notamment le *bifidus*, seraient capables de synthétiser la vitamine B_1.

L'administration en injection intramusculaire de vitamine B_1 augmente rapidement la proportion de ce principe dans le lait Après cessation des injections, la teneur en vitamine s'est maintenue pendant longtemps au quintuple du chiffre initial. Avec une préparation de levure (Cenovis) à la dose de 30 *g.* on a également pu augmenter la vitamine B_1 du lait. Les volumes de lait sécrété n'ont pas été modifiés et, d'un autre côté, même avec de fortes doses de vitamine B_1, la concentration dans le lait ne dépasse pas une limite déterminée, phénomène qui a été observé également avec les vitamines A, C et B_2. P.-E. Morhardt.

R. Aschenbrenner et **G. Bodechtel.** ***Modifications de l'électrocardiogramme chez les malades atteints de tumeur cérébrale*** (*Klinische Wochenschrift*, t. 17, n° 9, 26 Février 1938, p. 298-302). — Les troubles de la régulation végétative ont peu à peu pris un intérêt clinique important, notamment en ce qui concerne la composition et la pression du sang. Au point de vue de l'activité cardiaque, on commence à disposer de notion non plus simplement expérimentale, mais clinique. On sait ainsi que l'irritation des centres végétatifs du plancher du 3e ventricule détermine des extrasystoles, et toute une série de troubles du rythme (tachycardies et bradycardies sinusales, rythme atrioventriculaire, etc.). Les recherches systématiques poursuivies depuis deux ans à ce point de vue chez 50 malades atteints de tumeur cérébrale ont montré l'existence, en l'absence de lésions cardiaques (sujets jeunes de 5 à 15 ans), de troubles cardiaques dont l'origine centrale était indiscutable.

Dans un cas concernant une jeune fille de 14 ans, atteinte de symptômes faisant penser à une tumeur de la fosse pituitaire, on a observé des extrasystoles d'origine certainement centrale. Dans un deuxième cas concernant une fillette de 10 ans, il a été observé, après irritation du plancher du 3e ventricule, un rythme nodal (pouls 220). Chez un garçon de 3 ans, une irritation du centre sympathique hypothalamique a déterminé également une tachycardie considérable avec troubles consécutifs de l'irrigation du myocarde. Dans 3 cas il a été observé des lésions myocardiques également d'origine centrale. Dans un de ces cas il s'agissait d'un enfant de 5 ans qui avait fait une encéphalomyélite post-vaccinale.

Ainsi, il survient chez les jeunes sujets, atteints de tumeur cérébrale, des extrasystoles et autres troubles du rythme avec altérations du complexe terminal, etc. Il y a donc lieu d'admettre, conformément aux constatations expérimentales, que l'irritation de la substance grise périventriculaire peut, par l'intermédiaire soit des longs nerfs cardiaques, soit du parasympathique spinal, provoquer des troubles cardiaques qui, dans certaines circonstances, peuvent dominer le tableau clinique.

P.-E. Morhardt.

E. Urbach. ***Photodermatoses très sévères par production pathologique isolée de porphyrine, dans l'intestin, consécutive à la dysbactérie et à l'hépatopathie*** (*Klinische Wochenschrift*, t. 17, n° 9, 26 Février 1938, p. 304-310)). — Il existe une série de photodermatoses, de dermatites suintantes, d'eczéma chronique, d'érythème persistant, de pigmentation, etc., qui sont dus à la production de stercoporphyrine, elle-même conséquence d'une dysbactérie intestinale très sévère associée à l'hépatopathie.

Dans un cas, observé par U., la suppression des protéines animales dans le régime a fait cesser la production de la porphyrine et ainsi disparaître les lésions cutanées en deux jours. Inversement, l'administration de protéines animales a fait reparaître ces lésions en même temps que la porphyrine. La flore intestinale pathologique (souche de colibacilles atypiques, entérocoques, levure) peut être modifiée par des médicaments appropriés. A côté de l'apparition de la porphyrine, intervient également un trouble de la fonction hépatique contre lequel on doit lutter par un régime sans protéines animales, des injections d'extrait hépatique, etc.

La recherche de la stercoporphyrine se fait facilement par le microscope à fluorescence et la nature de la porphyrine est déterminée par la méthode spectroscopique.

En un été, il a été obbservé par U. 7 cas de cette affection dont les observations sont données, ce qui montre qu'il ne s'agit pas là d'une rareté.

P.-E. Morhardt.

ARCHIV für SCHIFFS UND TROPEN HYGIENE.

(Leipzig)

A. Schretzenmayr, (Canton, Chine). ***La ponction sternale en médecine tropicale*** (*Archiv für Schiffs und Tropen Hygiene*, t. 42, n° 4, Avril 1938, p. 149-161). — La ponction sternale est de plus en plus employée. Voici les résultats obtenus par S. dans les affections tropicales, par l'examen des éléments de la moelle osseuse.

Dans l'anémie paludéenne, dans la fièvre bilieuse hémoglobinurique, on observe le même aspect que dans l'anémie pernicieuse, avec tendance régénératrice. Dans l'ankylostomiase grave, surtout d'allure chronique avec réinfestations, l'activité de la moelle se ralentit et aboutit à une atrophie de tout le système régénérateur (panmyélophtise).

La ponction sternale peut être employée pour la recherche des parasites de paludisme, lorsque les examens de sang périphérique ont été négatifs ; il y a intérêt à la pratiquer avant les ponctions splénique et hépatique. Les embryons de filaires pourraient peut-être se rechercher par cette méthode, (S. ne parle pas des leishmanioses). La technique est la même que pour les gouttes épaisses de sang.

Au point de vue thérapeutique, on peut utiliser la moelle osseuse en injections : prélèvement de 1 cm^3, dont 1 goutte est déposée sur lame pour coloration et examen microscopique. Le reste sert pour injection intramusculaire au sujet. Cette méthode a été employée dans les anémies graves consécutives à des affections tropicales, à défaut de transfusion sanguine.

Ch. Joyeux.

DEUTSCHES ARCHIV für KLINISCHE MEDIZIN

(Leipzig)

W. Christlieb. ***Courbes du sucre du sang et production du suc gastrique dans diverses affections gastriques*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. 181, nos 4-5, 30 Décembre 1937, p. 394-412). — Dans beaucoup d'affections gastro-intestinales, il est constaté des symptômes (lassi-

tude, somnolence, palpitations, sueurs profuses, parfois même tendance syncopale) qui doivent être évidemment rattachés à une crise d'hypoglycémie. Les relations entre le sucre du sang et l'activité de l'estomac ont d'ailleurs été bien souvent mises en évidence et, notamment, dans les cas de résection gastrique. En administrant à une série de malades, par le moyen de la sonde à demeure, 100 *g*. de glucose dans 300 *cm*³ d'eau, C. a pu constater — il s'agissait de sujets qui avaient déjà subi antérieurement et sans inconvénient des sondages gastriques — que, normalement, il survient en 20 ou 30 minutes, une glycémie qui peut atteindre 150 à 160 *mg*. pour 100 *g*., suivie, au bout de 2 heures ou de 2 heures 1/2, d'une hypoglycémie de 20 *mg*. au maximum par rapport au chiffre initial. Pendant le même temps, le taux de l'acidité du suc gastrique s'abaisse légèrement pour dépasser très modérément la normale au moment de la phase hypoglycémique. Chez 6 hommes atteints de gastrite, la glycémie s'éleva plus lentement, l'acidité de l'estomac donnant lieu à une courbe précisément inverse.

Chez 11 sujets atteints d'ulcère de l'estomac et qui, la plupart, avaient ressenti des troubles analogues à ceux que provoque l'hypoglycémie, on a constaté, généralement, une glycémie assez faible et, après repas glucosé, une hyperglycémie au contraire assez élevée (200 *mg*.), avec phase réactive souvent très marquée (60 *mg*. et au-dessous). Dans ces cas également, il y a production exagérée d'acide pendant la phase d'hypoglycémie. Dans une série de 5 opérés, dont 4 avaient subi une résection et 1 une gastro-entérostomie, il a été constaté que, la glycémie à jeun étant normale, l'administration de glucose déterminait également une hyperglycémie marquée suivie d'hypoglycémie également importante (40 *mg*.) au cours de laquelle, cependant, l'acidité n'a pas toujours augmenté. Dans 3 cas, l'acide chlorhydrique n'a pas apparu. Chez 21 sujets atteints d'ulcère duodénal, il a été également constaté, dans près de la moitié des cas, une hypoglycémie alimentaire particulièrement marquée. Il s'agissait alors de sujets qui, antérieurement, avaient présenté les symptômes subjectifs de la crise d'hypoglycémie. Chez ces malades, la production d'acide a été très forte pendant la phase d'hypoglycémie. Dans d'autres cas, il s'agissait de sujets atteints de ce que Westphal nomme « estomac irritable hypoergique ou hyperergique ». Chez les premiers, les réactions ont été faibles; chez les seconds, elles ont été fortes, c'est-à-dire assez analogues à ce qui s'observe en cas d'ulcère duodénal.

Le régime diététique doit tenir compte de ces faits, notamment chez les malades à réactions hyperglycémiques et hypoglycémiques marquées. A côté d'une réduction de la viande et d'une ration importante d'hydrates de carbone et de graisses, ces malades exigent, d'une façon générale, 2 heures 1/2 après le dernier repas, au moment où il survient souvent des douleurs tardives, une petite quantité d'hydrate de carbone: biscottes, sucre, etc. En pareil cas, un traitement sucré, tel qu'il a été recommandé par Hennig et Norpoth et par Dienst, sera utile, surtout sous forme de petits repas faciles à digérer.

P.-E. MORHARDT.

FORTSCHRITTE AUF DEM GEBIETE DER RŒNTGENSTRAHLEN (Leipzig)

E. Ellinger. ***Lésions pulmonaires consécutives à l'emploi d'huile de paraffine*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, t. **57**, Janvier 1938, p. 84-92). — E., en se basant sur 6 observations personnelles qu'il lui a été donné de suivre radiologiquement pendant plusieurs années (à l'exception d'un cas), décrit les altérations pulmonaires consécutives à l'emploi d'huile de paraffine, et en discute les caractéristiques.

Parmi ces cas, deux furent autopsiés, et l'analyse chimique permit de démontrer la présence d'huile de paraffine au niveau des poumons.

La plupart de ces sujets n'avaient été traités que palliativement mais continuaient cependant à prendre de l'huile de paraffine de leur propre initiative et il en est résulté des lésions irréparables d'induration. Que l'huile soit introduite par voie nasale ou trachéale, il n'en résulte pas moins qu'il s'agit là d'une thérapeutique dangereuse, aussi bien chez les adultes que chez les enfants.

Les expériences personnelles de E., comme celles d'autres auteurs, paraissent prouver que les instillations d'huiles saponifiables (huile de sésame par exemple) ne vont pas non plus sans dangers, notamment quand, données pendant assez longtemps, ces huiles, pour des raisons diverses, sont appelées à séjourner dans les petites bronches et les alvéoles pulmonaires.

MOREL KAHN.

G. C. E. Burger, J. C. A. Van Weel. ***Les possibilités de la planigraphie des ganglions lymphatiques intrathoraciques*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, t. 57, Février 1938, p. 143-153). — Il paraît certain que la méthode d'examen radiographique par plans, la planigraphie, offre des possibilités toutes particulières pour l'obtention d'une représentation exacte des rapports anatomiques qui existent entre le médiastin et les régions hilaires.

En ce qui concerne l'examen des champs pulmonaires les résultats les meilleurs sont obtenus lorsque l'on utilise le mouvement pendulaire classique; quand il s'agit de mettre en valeur les ganglions lymphatiques et la région de la bifurcation trachéale il est généralement plus avantageux d'avoir recours à des déplacements dans d'autres directions.

Même quand il existe des affections modérément accentuées du cœur ou de la colonne vertébrale la planigraphie permet d'obtenir une image nette des ganglions lymphatiques; en effet elle provoque un estompage assez marqué des opacités parasites qui, de ce fait, sont nettement moins accusées. Dans la plupart des cas les auteurs, en vue de l'examen des régions hilaires, considèrent trois plans correspondant à des hauteurs différentes, et pour chacun d'eux prennent deux clichés suivant deux déplacements de sens contraire. Ils illustrent leur article des observations succinctes de six cas.

MOREL KAHN.

MITTEILUNGEN AUS DEN GRENZGEBIETEN DER MEDIZIN (Iéna)

L. Schönbauer et **H. Dibold.** ***Affections chirurgicales chez les diabétiques*** (*Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin*, t. **45**, nº 1, 25 Février 1938, p. 79-92). — Les malades qui font l'objet de ce travail ont été observés entre 1931 et 1935 et forment le total de 121 sujets généralement âgés de 50 à 60 ans. Quelques-uns d'entre eux étaient cependant des diabétiques jeunes.

Ces malades ont présenté dans 24 cas, comme complications chirurgicales, des abcès, des phlegmons ou des furoncles. Dans 16 de ces cas (67 pour 100), il y avait acidose. L'insuline n'a été nécessaire que 14 fois et en cas d'œdème sévère, on l'a utilisée avec prudence; cependant, dans l'acidose, il vaut mieux utiliser l'insuline trop tôt que trop tard. En général, on en a administré 10 à 20 unités associées au dextrose en injection intraveineuse, le jour de l'opération. Quand on n'a pas utilisé l'insuline, on a supprimé les hydrates de carbone pendant un jour ou deux (jour de jeûne, jour de légumes).

L'influence du diabète s'est manifestée dans ces affections par une production insuffisante de granulations, une fonte étendue, de la lymphangite, des métastases nombreuses, etc. D'après ces observations, la furonculose de la nuque est la complication la plus dangereuse du diabète. Sur 13 cas, il est survenu 6 morts. La glycémie atteignait, chez les malades qui ont guéri, avant l'opération 220 à 252 *mg*. et, après l'opération, 147 à 270 *mg*. pour 100 *g*. Chez les décédés, elle atteignait avant l'opération 213 à 297 *mg*. et après l'opération, 236 à 277 pour 100 *g*.

La gangrène des extrémités inférieures a représenté la cause de mort la plus fréquente (11 cas sur 24, soit une mortalité de 45 pour 100). Les aglycosuriques ont fourni 10 guérisons et 3 cas de mort, tandis que les glycosuriques n'ont fourni que 5 guérisons contre 3 cas de mort. Dans 20 cas, il a fallu faire une amputation au-dessus du genou. Le sort de ces malades dépend moins du diabète que de la sévérité des altérations vasculaires. Les indications de l'opération sont souvent difficiles à poser et les résultats sont décourageants dans les cas à progrès rapide.

Dans 3 cas, il s'agissait d'ostéomyélite intéressant des malades âgés avec troubles de la vascularisation.

Sur 9 cas d'appendicite, il y en a eu 5 qui sont survenus chez de jeunes sujets atteints de diabète sévère et, 5 fois, il y avait, avant l'opération, acidose sévère provoquée soit par le diabète lui-même, soit par le processus inflammatoire. Dans 2 cas, la mort est survenue par péritonite. L'un de ces cas concernait un diabétique ayant une glycémie légère de 107 *mg*. et pas d'acétone. Dans 3 cas, il a été constaté des abcès paratyphliques. La guérison des plaies, même quand la glycémie était forte s'est faite normalement.

Il a été constaté de la cholélithiase et de la cholécystite chez 10 femmes atteintes de diabète moyennement sévère. Il n'y avait acidose que dans 1 seul cas. Il est survenu 2 morts dont une peut être attribuée au diabète. Ont été également observés 2 cas d'ulcère duodénal, 5 cas de carcinome de l'estomac, 2 cas de cancer du rectum, 4 cas de cancer du sein et 5 tumeurs de localisation diverse. Les 10 cas de hernie n'ont rien présenté de particulier sauf une acétonurie importante dans 2 cas. Dans 1 de ces cas, l'acétonurie a entraîné une hématémèse et du mélæna persistant. En ce qui concerne les complications urologiques, S. et D. remarquent que des interventions comme la prostatectomie, le phimosis, etc., ont guéri normalement sans qu'on ait observé une tendance particulière à l'extension de l'infection.

Actuellement, l'insuline permet de réduire appréciablement la période de préparation à l'intervention et les dangers d'acidose, surtout en donnant peu d'hydrates de carbone. Elle ne doit cependant pas être donnée sans précaution en cas d'affections vasculaires. Elle a été surtout nécessaire en cas d'appendicite et d'anthrax.

P.-E. MORHARDT.

RŒNTGEN-PRAXIS (Leipzig)

P. Schlierbach. ***Un cas d'échinococcose alvéolaire du foie avec métastases pulmonaires*** (*Röntgen-Praxis*, 10 Mars 1938, p. 164-168). — S. rapporte un cas d'étude radiologique d'échinococcose alvéolaire du foie avec métastases pulmonaires et discute les différents diagnostics différentiels qui peuvent se poser; il n'a pas été possible de fixer avec certitude le début des manifestations qui doit remonter au moins à neuf mois, puisqu'un cliché pris quatre mois auparavant a montré un aspect identique à celui alors observé.

Discutant le diagnostic différentiel avec les métastases de tumeurs malignes (différemment situées et ne se calcifiant pas), les pneumoconioses (avec atteinte des voies lymphatiques et du hile), la tu-

berculose (dont la radiologie seule ne permet pas le diagnostic), S. admet qu'en présence de multiples zones arrondies calcifiées au niveau des champs pulmonaires, avec réaction peu accentuée du parenchyme, il faut penser à une affection parasitaire (cysticercose ou échinococcose alvéolaire).

Dans le cas qu'il rapporte, S. tient compte, en faveur de son diagnostic, de l'existence de calcifications au niveau du foie fortement augmenté de volume.

MOREL-KAHN.

ZEITSCHRIFT für TUBERKULOSE (Leipzig)

Ludwig Vadja. ***Le pneumopéritoine dans la collapsothérapie de la tuberculose pulmonaire. Ses possibilités d'utilisation à la fin de la grossesse ou immédiatement après la naissance*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, t. 79, n° 1-2, 1937, p. 27-31). — V. rappelle qu'en 1933, il a, dans le même journal, exposé certaines indications du pneumopéritoine dans la collapsothérapie de la tuberculose pulmonaire bi-latérale: dans les cas d'hémoptysies sévères, résistant aux diverses thérapeutiques, et où, en raison d'adhérences étendues, le pneumothorax double ne peut être utilisé; de même dans tous les cas où il y a également une contre-indication quelconque aux diverses méthodes chirurgicales. Depuis, de nombreux auteurs ont étudié la question et établi que le Pp. constitue un véritable « pneumothorax sous-phrénique », et, de même que la phrénicectomie, complète heureusement l'action du pneumothorax, surtout en ce qui concerne les lésions du lobe inférieur.

Chez les femmes enceintes, il est certain que le brusque abaissement du diaphragme, dont les mouvements recouvrent en même temps leur amplitude d'un seul coup, peut avoir un retentissement fâcheux sur l'évolution de leur tuberculose pulmonaire. Le Pp. remédie à ce danger, et on peut le pratiquer soit dès le dernier mois de la grossesse, au moment où l'utérus s'abaisse (on insuffle alors une assez petite quantité d'air), soit tout de suite après l'accouchement (et il faut alors insuffler une masse d'air considérable). Le Pp. peut être utilisé seul ou associé à d'autres thérapeutiques; il peut être maintenu assez longtemps, ou au contraire supprimé graduellement, ce qui a en tous cas l'avantage de substituer une lente descente du diaphragme à sa libération brutale.

BASCH.

Nagel. ***La question de l'immunité et de l'allergie dans la tuberculose*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, t. 79, n° 4, 1938, p. 209-222). — Dans une première série d'expériences 80 animaux tuberculeux furent soumis à une superinfection par injection intraveineuse de fortes doses de bacilles tuberculeux et de colibacilles (virulents et tués), sans qu'on n'ait pu déterminer, comparativement aux animaux témoins, de fortes réactions allergiques.

Dans une deuxième série d'expériences 23 animaux furent préparés par l'administration de 1/50.000° de mg. d'une souche faiblement virulente. Une partie de ces animaux subissait, 40 jours plus tard, une superinfection avec 1 mg. d'un mélange fortement virulent de bacilles vivants et morts; ils succombaient au bout de 7 semaines seulement d'une tuberculose exsudative, tandis que des animaux non préparés succombaient après 3 semaines et demie. Une autre partie de ces animaux recevait, après le même délai, 1/1.000° de mg. du même mélange. Tandis que des animaux non immunisés mouraient au bout de 6 semaines environ, les autres ne présentaient que des infiltrations limitées au bout de ces 6 semaines.

Enfin, 16 animaux préparés par l'injection de 1/20.000° de mg. de la souche faiblement virulente reçurent, 80 jours plus tard, ainsi que des animaux témoins, 2 mg. d'une souche encore plus faiblement virulente. Les animaux non immunisés succombèrent au bout de 6 semaines; les animaux immunisés sacrifiés peu après l'injection ne présentèrent, en opposition avec les animaux de contrôle, que très peu de réaction tissulaire; ceux qui furent sacrifiés au moment de la mort des animaux témoins montraient un retard très marqué dans le développement de l'infection bacillaire.

En somme, il ressort de ces expériences que l'allergie et l'immunité constituent des phénomènes distincts. Il semble que les réactions d' « hyperergie-allergie » exercent en général une influence ralentissante sur l'évolution de la tuberculose en tant qu'elles provoquent des lésions tissulaires qui peuvent favoriser le développement des bacilles.

BASCH.

Ellinghaus. ***Pronostic et traitement de la tuberculose ouverte chez les enfants et les adolescents*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, t. 79, n° 4, 1938, p. 222-228). — La statistique de E. porte sur 82 enfants admis à Charlottenhöhe entre 1928 et 1935, dont 24 garçons et 58 filles; sur ce nombre, on vit survenir 58 pour 100 de décès (18 pour 100 de plus chez les filles que chez les garçons), 14 pour 100 d'aggravations et 25 pour 100 d'améliorations, la durée moyenne de la maladie étant de 3 ans 1/2 dans les cas mortels. La mortalité est de 20 pour 100 moindre chez les malades traités chirurgicalement. Les résultats concordent avec ceux de Klare.

Si on compare ces chiffres avec le pourcentage de mortalité chez les adultes, on constate que le pronostic n'est pas tellement plus fâcheux pour les jeunes qu'on l'admet communément ; la différence est de 3 ou 4 pour 100.

En ce qui concerne le traitement, il est, dans les grandes lignes, ce qu'il est chez l'adulte, la cure sanatoriale, le pneumothorax uni- ou bilatéral, et tous les moyens chirurgicaux améliorant la collapsothérapie demeurant les meilleures armes. Mais les enfants porteurs d'un pneumothorax ne peuvent qu'exceptionnellement être confiés au milieu familial, en raison de la fréquence des insufflations, des difficultés que l'on a à revoir assez souvent et assez longtemps les patients, et de la survenue de complications beaucoup plus fréquentes quand les enfants ne sont pas maintenus en sanatorium.

Enfin, le long séjour en sanatorium doit être facilité par l'existence de sanatoria-écoles, dans lesquels, à côté de toutes les possibilités de traitement, on possède également les moyens d'instruire les enfants et de leur apprendre un métier.

G. BASCH.

BRITISH MEDICAL JOURNAL (Londres)

Norman Harry. ***La période de récupération dans la poliomyélite antérieure*** (*British medical Journal*, n° 4020, 22 Janvier 1938, p. 164-167). — On observe annuellement en Angleterre, en dehors des épidémies, une moyenne de 640 cas de poliomyélite. Cette maladie a donc une importance médicale, sociale et économique. Il est bien connu que la plupart des malades peuvent, longtemps après la phase aiguë, récupérer un grand nombre de mouvements, mais on ne s'entend guère sur la durée de cette période de récupération qui est intéressante à connaître pour permettre aux malades de quitter leur lit et pour ne pas les maintenir inutilement à l'hôpital.

Il est donc nécessaire d'établir systématiquement le bilan des atteintes des différents muscles au point de vue des mouvements volontaires et de procéder tous les deux mois à une révision de ce tableau.

La récupération spontanée qui peut se voir encore 4 à 6 mois après la phase aiguë est plus importante que la récupération tardive que l'on obtient par la rééducation et le traitement électrique.

ANDRÉ PLICHET.

F. H. Mills. ***Le traitement de la poliomyélite aiguë. Une analyse de la méthode de Sister Konny*** (*British medical Journal*, n° 4020, 22 Janvier 1938, p. 168-172). — Cette méthode s'appuie sur les principes suivants: la douleur de la période aiguë qui affecte les membres n'est pas d'origine nerveuse. Elle est due à la stase veineuse, la circulation veineuse étant influencée par le tonus musculaire et par l'activité musculaire. Cette stase veineuse s'étend aux capillaires, d'où le refroidissement et la coloration des membres. Cette stase sera augmentée par l'immobilisation, la mise en gouttière. Il en résulte des troubles trophiques de la peau, des muscles, des articulations, des os. L'anémie du muscle conduit à la fibrose et cet état musculaire est comparable en tous points à celui de la maladie de Volkmann. Aussi ne faut-il pas rester plus de trois jours, à la période aiguë, sans commencer un traitement actif et ne pas attendre six à huit semaines comme on le fait d'habitude pour commencer la rééducation musculaire.

Voici comment on conduit le traitement d'après cette méthode à la période fébrile : les thérapeutiques habituelles sont pratiquées telles que ponction lombaire, sérum de convalescent. Les membres sont placés en bonne position et tenus au chaud. Toutes les deux heures, sont appliquées des fomentations chaudes ou bien des ondes courtes. Après, les membres sont mobilisés passivement trois fois par jour, surtout ceux qui sont douloureux, la douleur ne persiste guère plus de trois jours. Si le malade ne dort pas, on continue ce traitement pendant la nuit. S'il dort, on veille à ce que ses membres soient toujours en position correcte.

Dès que la température est tombée, un traitement encore plus actif est institué: il consiste en des bains tièdes et en la mobilisation d'abord passive puis active toutes les deux heures. Chaque groupe musculaire paralysé est mobilisé passivement puis on encourage le malade à obtenir lui-même un léger mouvement qui prendra plus d'ampleur les jours suivants.

Cette méthode a sur la méthode classique bien des avantages car le massage n'empêche pas les troubles trophiques, l'électrisation fatigue le malade et cause souvent des dommages aux cellules nerveuses, la rééducation tardive est pénible et donne des résultats incomplets.

ANDRÉ PLICHET.

B. Portnoy et **J. Wilkinson.** ***Test intradermique pour l'étude de la déficience en vitamine C*** (*British medical Journal*, n° 4023, 12 Février 1938, p. 328-330). — Rotter (Budapest a montré récemment qu'un test intradermique permettait de juger la plus ou moindre carence en vitamine C d'un tissu. Le 2.6-dichlorphénolindophénol, injecté en petite quantité dans la plante de la patte d'un cobaye se décolore plus rapidement chez l'animal en bonne santé que chez celui carencé en vitamine C. Cette réduction de la teinture par l'acide ascorbique n'est pas un phénomène de résorption, puisque du bleu de méthylène, injecté simultanément dans les mêmes conditions, n'est pas décoloré. Chez l'homme ce test a donné les mêmes résultats. Chez les sujets saturés de vitamine C, la teinture disparaît en moins de 5 minutes; chez les sujets normaux, de 5 à 10 minutes; chez les déficients, la teinture met plus de 10 minutes à disparaître.

Pour préparer la teinture, on fait dissoudre 4 mg. de 2.6-dichlorphénolindophénol dans 4,9 d'eau distillée. On filtre sur filtre Seitz. On essaie sur solution titrée d'acide ascorbique. On dilue ensuite le filtrat pour ramener à 2 mg. pour 4,9 d'eau. Cette solution ne peut pas se conserver plus de 3 à 4

semaines. On fait une intradermo sur l'avant-bras dans une partie dépourvue de poil et de veines superficielles, cette dernière précaution pour éviter la confusion avec la teinture, qui est bleue. On fait 4 injections intradermiques, on note les temps et on prend la moyenne.

Par cette méthode, P. et W. ont examiné 103 malades et leurs conclusions sont les mêmes que celles de Rotter.

André Plichet.

Kathleen Hall et **V. Korenchevsky**. ***Changements survenus dans le foie des rats mâles après castration et injections d'hormones sexuelles*** (*British medical Journal*, n° 4025, 26 Février 1938, p. 439-441). — Chez les rats normaux le poids du foie par rapport au poids du corps diminue avec l'âge, ce qui indique probablement un rôle spécialement actif du foie chez le jeune animal.

Chez les rats castrés avant la maturité sexuelle, le poids du foie, à l'âge de 70 jours ou plus, est inférieur à celui de rats normaux. Histologiquement, le seul changement précis est une légère diminution de la taille des lobules.

Par des injections de différentes hormones sexuelles mâles, on rend, au foie de la plupart des rats castrés, un poids et une structure normaux ou presque, tandis que le testosérone et le propionate de testosérone n'ont pas d'effet appréciable sur le foie de rats normaux.

L'absence de changements pathologiques dans le foie petit de rats castrés et dans cet organe redevenu de taille normale sous l'influence des hormones sexuelles fait penser à la possibilité d'une action stimulatrice de ces hormones sur le foie.

Ceci peut avoir une signification pratique pour la thérapeutique des affection hépatiques et des troubles du métabolisme, si toutefois le même effet de ces hormones se fait sentir sur les foies humains.

Les injections d'ostrone ou d'œtroradiol chez les rats castrés amènent également une diminution de poids du foie, sans changements histologiques bien définis. Ces diminutions de poids sont dues surtout à l'effet dépressif de l'œstrogène sur l'appétit, amenant une perte dans le poids du corps et des autres organes, y compris le foie.

André Plichet.

C. Geschickter. ***Les modifications du fibro-adénome du sein dues à la grossesse et à la lactation*** (*British medical Journal*, n° 4026, 5 Mars 1938, p. 499-504). — Le fibro-adénome du sein subit un accroissement au cours de la grossesse et de lactation. Il semble que ce phénomène soit dû aux hormones sexuelles. Sous l'influence de l'œstrine, les conduits mammaires et le tissu fibreux péri-mammaire augmentent de volume chez l'animal comme chez la femme. Pendant les trois premiers mois de la grossesse la concentration de l'œstrine augmente dans le sang. D'autre part Heiman et Krehkel ont montré que l'œstrin en combinaison avec les hormones de la pituitaire antérieure augmentait le nombre des fibro-adénomes spontanés du rat. Des proliférations atypiques, similaires à celles que l'on voit dans la maladie de Schimmelbush, peuvent être reproduites chez le rat par des injections d'œstrin. L'involution et la formation de kystes dans ces tumeurs peuvent être stimulées par l'hormone lactogénique du lobe antérieur de la pituitaire.

André Plichet.

THE LANCET
(Londres)

M. A. Falconer et **A. Lyall**. ***La chimie sanguine dans l'obstruction intestinale*** (*The Lancet*, n° 5965, 25 Décembre 1937, p. 1472-1477). — D'une étude de 25 cas d'obstruction intestinale, il résulte qu'on peut les diviser en deux groupes par rapport à la composition chimique du sang : 1° des cas avec azotémie, hypochlorémie, alcalose et déshydratation ; 2° des cas avec azotémie et déshydratation mais avec un niveau normal de chlore plasmatique et un équilibre acido-basique variable.

Le premier groupe se rencontre dans les obstructions du pylore et du duodénum. Le second groupe se voit surtout dans les obstructions du gros intestin et de l'intestin grêle.

On peut tirer également de cette étude les conclusions suivantes : 1° l'obstacle levé, il y a une tendance naturelle au retour à la normale des composants chimiques du sang; 2° le bénéfice non douteux de l'injection salée est dû plus à la correction de la déshydratation qu'à un effet sur le niveau du chlore plasmatique : 3° dans les cas d'hypochlorémie il faut recourir à de grosses quantités de sérum hypersalé.

André Plichet.

S. P. Bedson. ***Observations sur la réaction de fixation du complément dans le psittacose*** (*The Lancet*, n° 5965, 25 Décembre 1937, p. 1477-1480). — En 1935, B. a montré que le sérum des sujets atteints de psittacose contenait des anticorps spécifiques. En partant d'une rate virulente et fraîche de souris, il avait établi une réaction de fixation du complément. Mais l'emploi de cet antigène risquait de contaminer les travailleurs de laboratoire. Il présente cette fois un antigène toujours préparé avec de la rate virulente de souris, mais chauffé à 100° pendant 30 minutes. Employé comparativement avec le premier, cet antigène chauffé s'est montré supérieur.

André Plichet.

Davies, Mansell et **O'Shaughnessy**. ***Le traitement chirurgical de l'angine de poitrine*** (*The Lancet*, n° 5966, 1er Janvier 1938, p. 1-2 et n° 5967, 8 Janvier 1938, p. 72-76). — D., M. et O. rapportent dans ces deux articles leurs travaux sur le traitement chirurgical de la coronarite par la cardio-omentopexie et donnent *in extenso* les observations de leurs malades.

Les 20 cas traités peuvent être divisés en 2 groupes : 15 cas d'angine de poitrine et 5 cas d'ischémie cardiaque. Dans le premier groupe, il y eut 5 morts et sur les 10 survivants, il y en eut 8 qui virent la disparition complète de leurs douleurs angineuses. Dans le second groupe, il y eut un cas de mort et une guérison.

La pathologie expérimentale et la clinique justifient cette opération chez les malades atteints de troubles de la circulation coronarienne. De l'étude des 14 survivants, il résulte que l'amélioration se fait sentir petit à petit, parfois au bout de six mois.

Cette opération chirurgicale n'est pas une cure radicale de l'angine de poitrine, mais c'est une opération possible qui ne donne pas une mortalité élevée et qui montre que l'on peut revasculariser le muscle cardiaque.

André Plichet.

W. Cramer et **E. S. Horning**. ***La prévention du cancer mammaire spontané de la souris*** (*The Lancet*, n° 5967, 8 Janvier 1938, p. 72-76). — On peut prévenir par des injections d'hormone thyréotropique de la pituitaire antérieure le cancer mammaire de la souris appartenant à une race prédisposée à ce cancer.

Les modifications de la pituitaire antérieure aussi bien que le développement de la glande mammaire chez la souris mâle produite par l'administration prolongée d'œstrin peuvent être arrêtés par l'administration simultanée d'hormone thyrotropique. L'hormone thyrotropique, à certains égards est par conséquent l'antagoniste de l'hormone œstrogène.

On peut donc en tirer quelques conclusions thérapeutiques et se servir de l'hormone thyrotropique dans les cas où l'on suppose une action exagérée des hormones œstrogènes comme dans les maladies précancéreuses (maladie de Reclus, maladie de Shimmelbush) ou dans les cas d'hypertrophie de la prostate.

André Plichet.

T. D. Spies. ***La réponse à l'acide nicotinique des malades atteints de pellagre*** (*The Lancet*, n° 5970, 29 Janvier 1938, p. 252-253). — Spies, Cooper et Blankenhorn ont récemment démontré que l'acide nicotinique guérissait rapidement les manifestations de la pellagre : glossite, stomatite, vaginite, uréthrite et rectite. S., par l'étude de 50 malades confirme ces données et ajoute que l'augmentation de la porphyrinurie constatée souvent chez les pellagreux disparaît par ce traitement. L'acide nicotonique est extrêmement bon marché et peut être facilement administré. On doit donner 0,50 par jour en cinq fois par la bouche ou bien en injection sous-cutanée à la dose de 0,10 à 0,20 dissous dans du sérum physiologique quatre fois par jour.

André Plichet.

BRITISH JOURNAL OF RADIOLOGY
(Londres)

W. A. Jones. ***Nouvelles observations concernant une affection kystique multiloculaire des maxillaires*** (*British Journal of Radiology*, N. S. n° 11: Avril 1938, p. 227-240). — J. rapporte un complément d'observation en ce qui concerne une affection particulière qui a frappé trois membres d'une même famille (deux garçons et une fille) et qu'il avait déjà signalée le 1er Décembre 1931, à la réunion de la Société de Radiologie de l'Amérique du Nord, à Saint-Louis, et publiée dans l'*American Journal of Cancer* d'Avril 1933. Il s'agit de kystes multiloculaires d'origine dentaire, siégeant aux deux maxillaires supérieur et inférieur, et s'accompagnant de manifestations d'hyperplasie chronique des ganglions cervicaux de la région sous-maxillaire.

L'affection débute vers la fin de la deuxième année et s'accompagne de tuméfaction bilatérale, indolore, des maxillaires supérieur et inférieur.

J. compare les radiographies faites en 1931 et 1937 et décrit l'évolution de l'affection. Un quatrième membre de la famille est indemne et présente une dentition normale, alors qu'un cinquième, de 16 mois, présente une zone anormale au niveau de la région angulo-maxillaire inférieure gauche.

On ne retrouve aucun antécédent de cette nature chez l'un ou l'autre des parents.

J., grâce au Dr D. J. Thomas, de Savannah, a pu relever une observation analogue chez un garçon de 11 ans qui présente des kystes au niveau des deux maxillaires mais sans manifestations ganglionnaires. Dans ce cas, le Dr Thomas a pu relever cette anomalie au cours de cinq générations de la famille du petit malade.

Morel Kahn.

THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION
(Chicago)

C. R. Rein, F. Wise et **A. R. Cukerbaum**. ***Le contrôle et la prévention de la syphilis transfusionnelle ; résultat d'une étude statistique et suggestion pour des procédés plus sensibles de détection de la syphilis chez tous les donneurs*** (*The Journal of the American medical association*, vol. **110**, n° 1, 1er Janvier 1938, p. 13-19). — La grande augmentation du nombre des transfusions, qui a doublé en Amérique depuis trois ans, rend plus fréquente la syphilis transfusionnelle. Même si les donneurs professionnels sont contrôlés tous les mois, le danger de contagion n'est pas négligeable, puisque ceux-ci peuvent très bien contracter la syphilis entre deux examens. D'autre part, un certain nombre de transfusions sont faites avec le sang de donneurs occasionnels, qui n'ont pas eu de contrôle de leur sang. Une épreuve extemporanée permettant de dépister la syphilis en quelques minutes serait donc d'une grande utilité pour le contrôle des donneurs : or, il existe une telle

réaction, le test de Kline, qui peut être faite extrêmement rapidement, dont les résultats sont très suffisamment précis. Il serait donc souhaitable que l'usage de cette réaction se répande, et devienne aussi automatique que l'étude des groupes sanguins.

R. Rivoire.

F. Kennedy et **A. Wolf.** ***La quinine dans la myotonie et la prostigmine dans la myasthénie : évaluation des résultts cliniques*** (*The Journal of the American medical association*, vol. **110**, n° 3, 15 Janvier 1938, p. 198-202). — K. et W. ont traité par la quinine 18 patients atteints de myotonie atrophique et 9 malades atteints de myotonie congénitale : les doses utilisées variaient de 6 à 45 *cg.* de chlorhydrate de quinine, deux à trois fois par jour. Cette thérapeutique abolit la myotonie dans tous les cas, pendant toute la durée du traitement.

D'autre part, 9 myasthéniques ont été traités par la prostigmine : soit par injection de 0 *mg.* 5 trois fois par jour; soit par une ou deux tablettes de 15 *mg.* trois fois par jour. Parmi ceux-ci, 5 ont repris une activité normale, tandis que les quatre autres, après une amélioration temporaire, ont observé une aggravation de leur symptôme : une diminution de la dose de prostigmine a d'ailleurs été suivie d'une nouvelle amélioration : ce qui suggère une action curarisante de la drogue.

La quinine et la prostigmine ont été en outre essayées dans un grand nombre d'affections musculaires sans aucun résultat, sauf dans un cas de myopathie facio-scapulo-humérale type Landouzy-Dejerine.

Il semble de plus en plus probable que la myotonie et la myasthénie sont des affections primitives des muscles ou des jonctions myo-neurales.

R. Rivoire.

L. E. Hines. ***L'action des diurétiques mercuriels sur l'évolution clinique de l'asystolie*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **110**, n° 3, 15 Janvier 1938, p. 202-206). — Dans ce très intéressant article, H. expose les résultats d'une étude statistique portant sur l'action des diurétiques mercuriels dans l'asystolie. De cette étude, il faut retenir les deux faits saillants suivant :

1° La durée moyenne de survie, chez les cardiaques traités par les diurétiques mercuriels est un peu plus faible que chez des cardiaques comparables non traités par le salyrgane.

2° L'urémie s'observe *plus de deux fois* plus fréquemment chez les malades traités par les diurétiques mercuriels.

Si l'on ne doit pas attacher trop de valeur aux statistiques en pareilles matières, il ne semble pas moins établi que les diurétiques mercuriels ne prolongent pas la survie des cardiaques, et que, d'autre part, ils favorisent l'apparition de l'urémie. Et ces deux points doivent inciter le praticien à un usage plus limité de ces préparations.

R. Rivoire.

P. A. Neal et **R. R. Jones.** ***Le mercurialisme chronique dans l'industrie chapellière*** (*The Journal of the American medical association*, vol. **110**, n° 5, 29 Janvier 1938, p. 337-343). — On sait depuis longtemps qu'une intoxication mercurielle chronique s'observe fréquemment chez les ouvriers qui manipulent les peaux de lièvre et de lapin utilisées comme matière première pour la préparation du feutre à chapeaux : mais jusqu'à présent cette maladie professionnelle n'avait guère été étudiée. Les auteurs ont comblé cette lacune par une enquête serrée faite dans une manufacture de chapeaux utilisant plus de 500 employés, parmi lesquels 43 présentaient des signes d'intoxication mercurielle : troubles psychiques, pâleur, conjonctivite, gingivite, tremblement intentionnel, exagération des réflexes. Il ne fait donc pas de doute que cette intoxication mercurielle doit être ajoutée à la liste déjà si longue des maladies professionnelles.

R. Rivoire.

J. A. Bigler, W. M. Clifton et **M. Werner.** ***La réponse leucocytaire au traitement par la sulfanilamide*** (*The Journal of the American medical association*, vol. **110**, n° 5, 29 Janvier 1938, p. 343-349). — B., C. et W. ont entrepris une étude hématologique intéressante des réactions leucocytaires au cours du traitement par la sulfanilamide, si en faveur aujourd'hui. Ils ont observé très fréquemment de la leucopénie, mais jamais d'agranulocytose ni de granulopénie. Il ne semble pas d'autre part que la sulfanilamide agisse par l'intermédiaire d'une stimulation de la leucopoièse, puisque l'on n'observe jamais au cours de cette thérapeutique d'augmentation du chiffre des leucocytes ni de la proportion des polynucléaires.

B., C. et W. ont en outre constaté dans 7 cas de la cyanose, mais cette cyanose ne s'accompagnait pas de sulfhémoglobinémie ni de méthémoglobinémie.

R. Rivoire.

B. Finesilver et **H. M. Rosow.** ***Hémiatrophie totale*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **110**, n° 5, 29 Janvier 1938, p. 366-368). — F. et R. rapportent une observation extrêmement complète d'atrophie faciale avec extension à toute la moitié correspondante du corps, affection extrêmement rare et de pathogénie totalement inconnue. Dans le cas publié, il existait en outre une sclérodermie du côté malade, ce qui évoque l'idée d'une maladie du sympathique. Mais rien dans l'étude extrêmement poussée de cette maladie ne permet de conclure avec certitude à l'étiologie sympathique de l'affection.

R. Rivoire.

THE AMERICAN JOURNAL of the MEDICAL SCIENCES (Philadelphie)

E. A. Burckhardt, C. Eggleston et **L. W. Smith.** ***Modifications électrocardiographiques et paralysies périphériques dans la diphtérie toxique*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. **195**, n° 3, Mars 1938, p. 301-313). — Des électrocardiogrammes en série furent faits chez 140 patients atteint de diphtérie toxique ; chez 28 d'entre eux se montrèrent des anomalies du tracé. Ces modifications électrocardiographiques se divisent en deux catégories : 1° altérations de l'onde T ; 2° altérations du système de conduction.

23 malades présentèrent des modifications de T, survenant entre le 5° et le 39° jour de la diphtérie, avec un maximum entre le 8° et le 15°.

Chez 17 patients se produisirent des troubles de conduction entre le 5° et le 13° jour ; 11 eurent une dissociation auriculo-ventriculaire. Cette complication fut toujours fatale.

14 malades présentant des modifications électrocardiographiques succombèrent à la diphtérie toxique ; 7 d'entre eux avaient reçu de grosses doses de sérum, le 4° jour au plus tard. La sérothérapie précoce ne sauva donc pas les malades de cette catégorie.

Chez 65 pour 100 des malades présentant des modifications électrocardiographiques survinrent des paralysies des nerfs périphériques. Celles-ci ne semblaient pas avoir de rapport étiologique avec les manifestations cardiaques.

On constata un parallélisme grossier entre la conductibilité exprimée par l'électrocardiogramme et les lésions histologiques du myocarde trouvées chez les 7 sujets autopsiés. Ces lésions, dans l'ordre de leur apparition, sont l'œdème, la congestion, l'infiltration cellulaire, les altérations dégénératives des fibres musculaires, enfin la nécrose terminale. Ces lésions font penser que la diphtérie peut être une des causes de myocardite fibreuse chronique chez les malades qui survivent à l'intoxication profonde.

Les modifications électrocardiographiques sont un guide important dans le traitement de la diphtérie. Le repos absolu s'impose chez les sujets qui présentent un électrocardiogramme anormal jusqu'à ce que ce dernier soit redevenu normal.

P.-L. Marie.

W. Jetter et **T. S Bumbalo.** ***L'élimination de la vitamine C par l'urine dans la tuberculose évolutive chez les enfants*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. **195**, n° 3, Mars 1938, p. 362-366). — Les 37 enfants tuberculeux examinés présentaient une diminution de l'élimination urinaire de la vitamine C (détermination du pouvoir réducteur par la méthode au dichlorophénol-indophénol) avec un apport quotidien de 55 à 65 *mg.* par l'alimentation La moyenne trouvée était de 5 *mg.* 7 alors que la normale était de 29 *mg.* 2 chez les enfants normaux témoins. En général, plus était grave le processus tuberculeux, et plus bas étaient les chiffres trouvés.

Ces cas doivent être rangés parmi les avitaminoses C subcliniques. L'administration de vitamine C en quantité suffisante pour obtenir la saturation de l'organisme et par suite une élimination urinaire normale, est indiquée. Le type de régime habituellement en usage chez les tuberculeux ne convient pas ; il faut y ajouter un supplément de vitamine C.

P.-L. Marie.

ARCHIVES OF NEUROLOGY and PSYCHIATRY (Chicago)

A. T. Milhorat et **H. G. Wolff.** ***Etudss des maladies du muscle*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. 39, n° 1, Janvier 1938, p. 37-41). — Dans un travail antérieur, M. et W. ont étudié les divers facteurs influençant l'aptitude des sujets atteints de dystrophie musculaire à conserver la créatine ingérée. Dans le présent travail, M. et W. étudient la tolérance des sujets normaux à l'ingestion de créatine.

Il résulte de leurs recherches que le montant absolu de créatine retenu dans l'organisme n'est pas fixe, mais dépend, dans d'étroites limites, de la quantité de créatine ingérée. Le pourcentage de rétention, pourtant, est constant. Toutefois, quand de très grandes quantités de créatine sont ingérées, la quantité retenue dans l'organisme n'est, proportionnellement, pas plus grande par rapport à la quantité ingérée. Dans ces circonstances, la quantité absolue de créatine retenue dans l'organisme est constante et représente apparemment la capacité organique maxima apte à conserver la créatine exogène. Cette capacité maxima est environ de 1 *g.* 2.

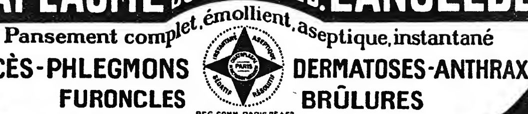
H. Schaeffer.

Philip Piker. ***Etude clinique sur l'emploi des liquides dans le traitement du delirium tremens*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. **39**, n° 1, Janvier 1938, p. 62-68). — P. pense que le cerveau des sujets atteints de delirium tremens présente une aptitude à l'hydratation plus grande que celle des sujets normaux, et que l'œdème cérébral joue un rôle dans la genèse des accidents.

P. a étudié à cet égard 300 cas de delirium tremens, ayant tous subi le même traitement, avec cette différence que 150 d'entre eux furent soumis à un régime restreint en liquide (1.000 cm^3), et les 150 autres à un régime abondant (3.000 à 4.000 cm^3).

La statistique établie montre que, dans les deux


PERUBORE
COMPRIMÉS
POUR
INHALATIONS ET GARGARISMES
Borate de Soude, Baume du Pérou,
Essences balsamiques —
(sans Menthol)
TOUX
D'IRRITATIONS,
TOUX REBELLES, ENTRETIEN DE LA VOIX
POUR CORYZAS, SINUSITES, LARYNGITES,
TRACHEITES.
TRAITEMENT DE
L'ENROUEMENT
PAR LE
SIROP ET LES PASTILLES
EUPHON
Lab. MAYOLY-SPINDLER, 1. Place Victor Hugo. PARIS


ABCÈS-PHLEGMONS
DERMATOSES-ANTHRAX
FURONCLES
BRÛLURES
REG.COMM.PARIS 75.453

séries, le nombre des décès fut le même et que la durée moyenne de la maladie fut sensiblement la même chez les malades qui guérirent.

Le drainage spinal pratiqué dans les deux séries montre que la quantité de liquide céphalo-rachidien retiré chez les sujets ne prenant que peu de boissons fut moindre que chez les malades de l'autre série.

Bien que, dans les deux séries, les malades qui guérirent constituent la très grande majorité, le nombre des cas à évolution sévère se retrouve en plus grand nombre chez les malades ayant pris des boissons en abondance.

P. ne méconnaît pas, au cours du delirium tremens, l'utilité de donner suffisamment à boire aux malades pour favoriser l'élimination rénale et la fonction circulatoire; aussi estime-t-il que la quantité de liquides ne doit être ni limitée, ni forcée, mais que l'on doit user des déshydratants et du drainage spinal pour limiter, dans la mesure du possible, l'œdème cérébral.

H. Schaeffer.

JOURNAL OF NEUROPHYSIOLOGY
(Baltimore)

H. Davis, P. A. Davis, A. L. Loomès, E. N. Harvey et **G. Hobart.** ***Le potentiel cérébral humain au début du sommeil*** (*Journal of Neurophysiology*, vol. 1, n° 1, Janvier 1938, p. 24-39). — Le potentiel cérébral a été étudié chez des sujets au moment de s'endormir, et les altérations de l'état de conscience des sujets étaient spontanément signalées par ceux-ci au moyen de signaux.

Des sujets ayant un rythme « alpha » normal à l'état de veille, montrent des dépressions ou une disparition des ondes « alpha » quand ils vont s'endormir. A ce moment, les sujets éprouvent une sensation de flottement, et les ondes « delta » se ralentissent (0,2 à 0,3 secondes de durée). Les sujets qui ont peu ou pas d'ondes « alpha » manifestent une dépression moins marquée de leur rythme, et les ondes « delta » ne sont pas modifiées.

Chez 9 sur 10 des sujets, ces modifications du rythme correspondent aux troubles subjectifs. Cet état de flottement correspondrait à une suppression de la perception des stimuli extérieurs. Certains sujets avaient même des fantaisies visuelles, des sensations kinesthésiques, des interruptions de la pensée logique, etc.

Un sommeil complet se manifeste par des ondes lentes atteignant 150 μV, persistant une demi seconde, et l'apparition d'ondes en clocher à 14 par seconde.

Le rêve peut survenir dans le bas voltage.

Les altérations des ondes « alpha » et « delta » ne sont pas toujours simultanées dans les différentes parties du cerveau. Il est difficile de définir le moment où commence le sommeil et où débute le réveil.

Dans l'étude du potentiel cérébral, il faut toujours éviter les états d'assoupissement qui peuvent constituer des causes d'erreur.

H. Schaeffer.

LA PEDIATRIA
(Naples)

Angelo Liotta (de Messine). ***Influence du rouge du Congo sur certains types d'hémopathie infantile*** (*La Pediatria*, année 46e, n° 1, 1er Janvier 1938, p. 18-31). — Le rouge du Congo appartient au groupe des colorants colloïdaux acides, dits vitaux, à charge électrique négative. Sa formule contient deux groupes sulfoniques, fait important, selon Hecht, pour expliquer son mode d'élimination, presque exclusivement par le foie. Cette élimination s'effectue quelques minutes seulement après l'introduction de la substance dans le torrent circulatoire.

Le rouge du Congo n'est utilisé pour le traitement des hémopathies que depuis 1930. L. l'a utilisé dans 4 cas, en pratiquant deux séries de dix injections intraveineuses de rouge du Congo à 0,50 pour 100 dilué dans une solution de NaCl à 0,25 pour 100 pour la première série; à 0,75 pour 100 dans une solution de NaCl à 0,10 pour 100 pour la seconde série. Dans un seul des quatre cas, la première injection a provoqué un malaise avec sueurs froides et vomissements.

Les résultats obtenus montrent que le rouge du Congo ainsi injecté donne lieu à une certaine augmentation du nombre des globules rouges, sans produire cependant une régénération véritable. Le rouge du Congo augmente aussi le fibrinogène et les plaquettes, mais ces effets sont transitoires.

L'action du rouge du Congo semble double : il bloque une partie du système réticulaire endothélial (augmentation des globules rouges mûrs); il produit la désintégration des éléments histiocytaires du réticulum (augmentation du fibrinogène et des plaquettes).

G. Schreiber.

NAGASAKI IGAKKWAI ZASSI
(Nagasaki)

H. Iwata et **J. Okabe.** ***Grosse éosinophilie au cours du traitement d'un ictère arsénobenzolique*** (*Nagasaki Igakkai Zassi*, t. 16, n° 2, Février 1938, p. 719-725). — Chez un homme de 23 ans, atteint de chancre syphilitique du gland, se montre un ictère après la seconde injection de néosalvarsan (0 g. 15). On fait néanmoins une troisième injection sept jours après. Le lendemain surviennent des frissons, de la fièvre, des nausées et des vomissements; 15 jours plus tard se montre un prurit généralisé. Au bout de trois mois le malade entre à l'hôpital pour son ictère qui est accentué, mais ne s'accompagne pas de diathèse hémorragique. Le foie descend jusqu'à l'ombilic, est ferme, mais non sensible. La rate est palpable, les selles sont décolorées. Du côté du sang, résistance globulaire à 0,34; temps de saignement et de coagulation normaux ; formule sanguine presque normale à l'entrée, mais se modifiant au bout d'une quinzaine de jours avec chute des globules rouges et de l'hémoglobine. On injecte alors de la narbine tous les deux jours dans les muscles. Au bout d'un mois les globules rouges augmentent et en même temps se produit une grosse éosinophilie qui atteint jusqu'à 49 pour 100 et qui dure encore au bout d'un mois et marche de pair avec le retour des globules rouges, au chiffre normal. A la sortie du malade la bilirubinémie avait disparu. Cette éosinophilie doit être considérée comme un phénomène concomitant de la régénération sanguine.

P.-L. Marie.

T. Yamaguchi. ***Recherches sérologiques et anatomo-pathologiques sur l'otite expérimentale à pneumocoques*** (*Nagasaki Igakkai Zassi*, t. 16, n° 2, Février 1938, p 741-832). — Y. a étudié le pouvoir agglutinant de l'urine et du sérum des malades atteints d'otites pneumococciques dues aux types I, II, III et VIII. D'autre part, il expose ses constatations sérologiques et anatomo-pathologiques faites au cours des otites provoquées chez le lapin par les pneumocoques des mêmes types.

Ces otites expérimentales, si l'on tient compte du degré de la maladie, se ressemblent entre elles. Y. distingue : 1° une forme légère où l'exsudat est localisé, peu abondant, séreux, l'épithélium de la muqueuse bien conservé, les osselets intacts et la membrane du tympan non perforée. On y observe un léger épaississement de la muqueuse et une infiltration discrète sous-épithéliale par des cellules rondes; 2° une forme moyennement grave, où l'exsudat est abondant, d'ordinaire purulent, renfermant souvent des masses de fibrine, et tend parfois à s'organiser; la muqueuse est épaissie, sa surface tendant à granuler; la destruction de la paroi osseuse est modérée, mais on constate des néoformations d'os ; la perforation du tympan n'est pas fréquente; 3° une forme grave, avec exsudat purulent abondant et fibrineux, destruction profonde de l'épithélium, infiltration sous-épithéliale énorme par des cellules rondes, destruction étendue de la paroi osseuse et néoformation d'os très minime, perforation du tympan presque constante.

Du point de vue sérologique chez les sujets humains, avec le type I le pouvoir agglutinant du sérum et de l'urine est élevé. Avec le type II, le pouvoir du sérum est encore net, mais moins élevé; il est douteux avec l'urine. Avec le type III, le pouvoir agglutinant du sérum est faible, souvent peu net ; il fait défaut dans l'urine. Avec le type VIII, mêmes constatations qu'avec le type I. Les agglutinations sont spécifiques du type.

Dans l'otite expérimentale à pneumocoques on constate, dans la forme de gravité moyenne, que l'agglutinine du sérum apparaît de bonne heure, augmente lentement et persiste assez longtemps (jusqu'à 60 jours). Dans la forme légère, elle se montre plus tard, reste à un taux peu élevé et disparaît vite. Dans la forme grave, l'agglutinine fait d'ordinaire défaut ; quand elle existe, son taux est faible et elle est fugace. Le pouvoir agglutinant de l'urine est assez rare et se rencontre surtout dans la forme moyenne.

La séro-agglutination dans la maladie expérimentale est la plus nette avec les types I et VIII ; moins nette avec le type II, elle manque souvent avec le type III. Elle est fugace avec les types II et III ; mais elle survit souvent à la guérison avec les types I et VIII.

P.-L. Marie.

OKAYAMA-IGAKKAI-ZASSHI
(Okayama)

T. Kikusawa. ***Recherches expérimentales sur l'influence du trouble de la fonction des parathyroïdes sur l'antéhypophyse*** (*Okayama-Igakkai-Zasshi*, t. 50, n° 2, Février 1938, p. 250-263). — K. a étudié les modifications de l'hypophyse lors des troubles de fonctionnement des parathyroïdes et lors des injections de calcium.

Chez les rats ayant reçu des injections sous-cutanées de parathormone (10 unités par jour pendant 3 à 5 jours), les cellules acidophiles du lobe antérieur diminuent ; par contre, les cellules principales les cellules chromophobes différenciées et les cellules basophiles augmentent.

Chez les rats ayant subi une destruction totale des parathyroïdes par cautérisation se produit une augmentation notable des cellules acidophiles qui s'hypertrophient ; leurs granulations sont plus nombreuses. Les cellules principales et les cellules basophiles demeurent sans changement. Les cellules chromophobes différenciées présentent une légère augmentation.

Si l'on injecte du chlorure de calcium (2 cm^3 par jour d'une solution à 2 pour 100 pendant 3 à 6 jours), on note une diminution des cellules principales et des cellules basophiles du lobe antérieur, mais les cellules acidophiles augmentent de nombre et de volume; les cellules chromophobes différenciées tendent à augmenter. Les modifications apportées par les injections de calcium diffèrent de celles produites par la parathormone et se rapprochent davantage de celles qu'amène la suppression des parathyroïdes. L'influence des injections de calcium sur les cellules de l'antéhypophyse est très analogue, que les parathyroïdes existent ou non.

P.-L. Marie.

NORDISK MEDICINSK TIDSKRIFT
(Stockholm)

Harald Ernberg et **Olle Gabinus.** ***Des cas accumulés d'érythème noueux de génèse non-tuberculeuse*** (*Nordisk Medisinsk Tidskrift*, n° 8, 19 Février 1938, p. 300-305). — E. et G. soutiennent la thèse de la nature allergique de l'érythème noueux.

L'éruption est le plus souvent déclenchée par une infection tuberculeuse, au moins chez les enfants.

Dans la première moitié de 1937 on a cependant, à Stockholm, vu un grand nombre de cas de cette maladie, les malades montrant une cuti-réaction négative à la tuberculine.

34 cas furent hospitalisés dans les services des enfants malades, à Stockholm, 20 d'entre eux ayant une cuti-réaction négative (Mantoux, jusqu'à 20 *mg.* de tuberculine). L'examen aux rayons X donna aussi des résultats négatifs. Il y eut un décès par pneumonie qui, à l'autopsie, ne montra aucune trace de tuberculose. J.-H. Vogt.

NORSK MAGASIN FOR LÆGEVIDENSKAPEN (Oslo)

Johan Holst et Herman G. Gade. ***Contribution à la clinique et au traitement des bronchiectasies*** (*Norsk Magasin for Lægevidenskapen*, n° 1, Janvier 1938, p. 1-23). — H. et G. rapportent l'histoire de 19 cas de bronchiectasies. 10 fois on a fait une lobectomie en un temps par la technique de l'Américain Brunn. 1 malade chez lequel on fit une lobectomie bilatérale mourut d'empyème après la seconde lobectomie. Des 8 autres, 7 sont guéris, Un des malades est encore en traitement. D'autres méthodes, comme le pneumothorax, la phrénicectomie ou la thoracoplastie n'ont pas donné de résultat. J.-H. Vogt.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA (Stockholm)

H. J. Ustvedt (Oslo). ***Les fonctions musicales dans les affections cérébrales, et en particulier chez les aphasiques*** (*Acta medica Scandinavica*, suppl. 86, 1937, p. 737). — Ce volumineux mémoire débute par un examen critique des publications antérieures sur ce sujet, publications de valeur très inégale, où trop souvent les théories localisatrices ont abouti à orienter les recherches dans une direction vicieuse. Actuellement les matériaux dont on dispose forment une collection disparate de tableaux symptomatiques compliqués; il manque la connaissance du détail intime de ces tableaux, de leur mécanisme séméiologique, de leur relation avec d'autres fonctions psycho-somatiques et avec les diverses facultés psychiques.

U. établit d'abord que le langage et la musique, malgré des points de contact indéniables, n'en représentent pas moins des fonctions essentiellement différentes.

Il étudie ensuite ce qui constitue les fonctions musicales dans des conditions normales, analysant subtilement les rapports entre la musicalité et la vie de sentiment, admettant finalement que l'aptitude musicale n'est pas une fonction purement corticale, mais que l'une des composantes centrales de la faculté musicale, l'émotionnelle, est surtout liée aux centres sous-corticaux. U. envisage ensuite les relations entre les conditions de temps (métrique, rythme) et le côté émotionnel de la musique. Il adopte la théorie de Langelüddecke qui considère la mesure comme corticale et le rythme comme sous-cortical. Puis il étudie les propriétés fondamentales des sons et la perception de celles-ci. Les processus psychiques qui entrent en jeu ici se rangent parmi les fonctions associatives gnosticomnestiques. Il considère enfin le côté expressif, s'attachant surtout à la reproduction.

En somme, la musicalité ressortit à des sphères variées dans le domaine psychique. Mais, au centre, se trouve la sphère spécifiquement musicale, la musicalité intellectuelle, dans laquelle les fonctions mnestico-musicales exercent une influence décisive. Le substratum de cette sphère est à chercher au dedans et autour de la sphère auditive dans le lobe temporal, le gauche de préférence. A ces fonctions spécifiquement musicales sont inséparablement liées, d'une part, les fonctions émotionnelles, avec un substratum répondant à la couche optique, au strio-pallidum et à l'appareil hormonal végétatif; d'autre part, les fonctions rythmiques qui, jusqu'à un certain point, caractérisent à peu près tous les territoires cérébraux, mais qu'on peut croire en relation spéciale avec les centres moteurs du cortex et les noyaux gris de la base, et finalement les fonctions psychiques générales dont le substratum occupe le cortex. Ces quatre sortes de fonctions, fonction spécifiquement musicale, fonction émotionnelle, fonction rythmique, fonction psychique générale, peuvent être considérées toutes les quatre comme nécessaires à l'aptitude musicale; elles s'enchevêtrent les unes dans les autres et s'influencent réciproquement; la musicalité représente donc un vaste complexus de facteurs psychiques, mais ceux-ci n'en forment pas moins un tout psychique en rapport avec de vastes territoires cérébraux.

U. indique ensuite en détail sa méthode d'examen, insistant sur l'importance qu'il y a à connaître la musicalité avant la maladie. Cet examen doit porter sur les diverses composantes, émotionnelle, chronométrique et spécifiquement musicale, qui entrent dans l'aptitude musicale. Sa série de 10 malades comprend surtout des sujets atteints de lésions vasculaires et de phénomènes aphasiques. Chez chacun ont été étudiés minutieusement l'état psychique en général, les fonctions psycho-somatiques, les fonctions musicales. L'aphasie a été l'objet d'un examen approfondi.

De l'analyse patiente et méthodique des troubles présentés par ses malades, U. conclut que les phénomènes de carence dans le domaine musical peuvent être considérés, à des degrés variés, comme secondaires aux troubles de l'état psychique général et aux carences psycho-somatiques; c'est là une particularité souvent négligée auparavant; par suite, on est toujours obligé d'exclure la possibilité d'un arrière-fond général sur lequel se profilent les phénomènes de carence, avant qu'on ait le droit d'admettre une lacune isolée dans une disposition musicale spéciale. Dans le domaine musical les phénomènes de carence sont extrêmement variés et difficiles à ranger sous un petit nombre de chefs; ils peuvent se combiner entre eux et aux diverses lacunes psychiques d'une façon très variée. Tandis que l'abaissement du niveau intellectuel paraît aboutir en certains cas à une série de lacunes musicales, on constate en d'autres que les fonctions musicales sont restées parfaitement intactes en dépit de cet abaissement. Il en est de même pour les carences psycho-somatiques, et en particulier pour l'aphasie : tantôt on observe des lacunes musicales, tantôt les fonctions musicales sont demeurées intactes. Aussi est-on obligé de recourir à l'hypothèse d'une localisation anatomique différente de la lésion.

Nos connaissances sont encore trop vagues pour tenter d'édifier une conception d'ensemble de la pathologie des fonctions musicales. Quant aux problèmes des localisations, ces recherches ne peuvent venir à l'appui d'aucune opinion méritant de retenir l'attention. Il faut néanmoins signaler que chez tous les patients ayant des lacunes dans la sphère musicale il s'agissait de lésions de l'hémisphère gauche.

D'une façon générale le concept de l' « amusie » semble tellement équivoque et difficile à délimiter en clinique qu'on peut en proposer la suppression. Il s'agit de montrer avec des preuves aussi démonstratives que possible de quelle manière et en quelle étendue le patient présente des phénomènes de carence dans la sphère musicale. La classification des phénomènes de carence en phénomènes moteurs et phénomènes sensoriels est à conserver, bien qu'un peu grossière. L'expression « alexie et agraphie des notes », de même que celle d' « avocalie », peuvent se défendre comme expressions purement cliniques. Par contre, celles de « surdité musicale », de « paramusie » ou d' « amusie amnestique » doivent être bannies.

Confrontant ses résultats avec ceux d'autres cliniciens, U. approuve la classification en troubles perceptifs et troubles gnostiques; une division analogue des lacunes de l'expression, celle de la « Tonstummheit » (avocalie), et de la « Melodiestummheit » (incapacité de saisir et de retenir les formes mélodiques) mérite d'être adoptée.

P.-L. Marie.

E. Schiödt (Copenhague). ***La durée de la vie des globules rouges*** (*Acta medica Scandinavica*, t. 95, n° 1, 5 Avril 1938, p. 49-80). — Dans les conditions normales le chiffre des hématies est remarquablement constant, leur destruction inévitable étant compensée par une production de même importance. Ce niveau constant peut être maintenu de deux façons : ou les hématies ont une vie d'une durée définie et, quand elles meurent de vieillesse ou d'usure, elles sont captées par un organe de destruction dont l'action est plutôt passive (théorie de la longévité); ou bien l'organe de destruction joue un rôle actif, captant quotidiennement un certain nombre des hématies qui le traversent quel que soit leur âge (théorie de la destruction).

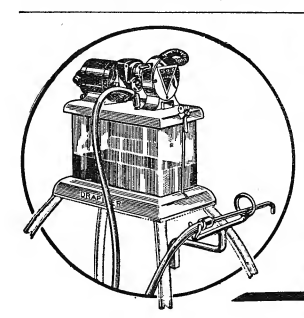
A l'état normal, selon la théorie adoptée, les hématies auront un âge moyen très différent et une distribution d'âge différente. Dans des conditions anormales, par exemple à la suite d'une transfusion ou d'une hémorragie aiguë, la forme de la courbe de régénération sanguine nous permettra de nous prononcer entre les deux théories, ainsi que le montre l'examen critique des différentes méthodes utilisées pour provoquer l'augmentation ou la diminution des hématies. Des résultats des constatations expérimentales ainsi que de leur discussion inspirée d'idées téléologiques, il découle que la théorie de la longévité est la plus probable, même si elle n'est pas complètement établie encore par les faits expérimentaux.

La longévité des hématies se déduit des expériences faites sur l'augmentation du chiffre des hématies après séjour aux hautes altitudes ou dans la chambre à dépression atmosphérique, ou après transfusion de grandes quantités de sang. De même, le temps de régénération du sang après hémorragie ou après destruction sanguine au moyen de phénylhydrazine ou de saponine peut renseigner sur la durée de la vie des hématies. La durée de la vie des hématies incompatibles semble constituer un problème spécial.

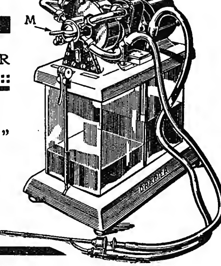
Le calcul basé sur l'excrétion de bilirubine dans la bile donne la même durée de vie que les méthodes ci-dessus. L'excrétion de l'urobiline et de l'urobilinogène indique une durée de vie plus longue, mais les chiffres doivent être corrigés, car la plus grande partie de l'urobiline provenant de l'hémoglobine détruite doit être supposée réabsorbée. Après cette correction (division par 4), cette divergence se trouve très diminuée. Les calculs basés sur le nombre des réticulocytes sont de peu de valeur.

S. a comparé la durée de la vie des hématies chez diverses espèces animales. Il discute la longévité des globules rouges dans certaines maladies, en particulier l'ictère hémolytique familial et l'anémie pernicieuse.

La conclusion de toutes ces recherches, c'est que la durée de la vie des hématies chez l'homme doit être d'environ trente jours dans les conditions normales. P.-L. Marie.



Un très réel progrès
dans l'aspiration chirurgicale



ASPIRATEUR
avec support
STÉRILISABLE



ASPIRATEUR
:: **LAVEUR** ::
du Dr Cadenat

"ASPIROBLOC"

NOTICE A 32 SUR DEMANDE

DRAPIER 41, Rue de Rivoli PARIS

LA QUALITÉ
BIEN CONNUE
DE

L'ENDOPANCRINE

SE RETROUVE DANS

L'HOLOSPLÉNINE

(INJECTABLE)
EXTRAIT DE RATE

DERMATOLOGIE - ANÉMIE
TUBERCULOSE

LABORATOIRE DE L'ENDOPANCRINE
48, RUE DE LA PROCESSION - PARIS (XVe)

LABORATOIRES UROMIL - PARIS



VITAGAR

A BASE DE VITAMINE B

MUCILAGE EXLUSIVEMENT VÉGÉTAL
ACTION PUREMENT PHYSIOLOGIQUE

TRAITEMENT RATIONNEL DE LA
CONSTIPATION

RÉGÉNÈRE LA MUSCULATURE INTESTINALE

REVUE DES JOURNAUX

GAZETTE DES HOPITAUX
(Paris)

G. Pouchet. ***La thérapeutique dinitrée appliquée à la cure de l'obésité*** (*Gazette des Hôpitaux*, t. **111**, n° 34, 27 Avril 1938, p. 545-546). — De nombreux essais effectués au cours de ces dernières années ont montré que l'on peut obtenir de bons résultats avec l'alphadinitrophénol 1, 2, 3, 4, à la condition de se conformer à des règles d'emploi strictes et en exerçant une continuelle et étroite surveillance des malades et de leurs réactions. On évite ainsi les accidents observés lors des premières applications avec des doses exagérées, pendant un temps trop long et sans surveillance.

La thèse récente de Jacques Bell expose le mécanisme de la médication dinitrée et les directives thérapeutiques à suivre avec ce médicament.

Au point de vue thérapeutique, ce qui est intéressant c'est le rapport existant entre la dose toxique et la dose minima hypermétabolisante. L'influence hyperthermisante doit être rigoureusement évitée dans l'emploi thérapeutique des dérivés dinitrés.

La perte de poids chez les obèses est due principalement à la combustion des graisses, elle ne résulte pas d'une dénutrition globale, comme celle que détermine l'emploi de la thyroxine. L'abaissement initial du quotient respiratoire dans les résultats expérimentaux démontre que plus précocement que les glucides les graisses sont comburées d'une façon exagérée.

Pour éviter les incidents et accidents, il faut employer un produit pur : les dérivés nitrés des homologues supérieurs du phénol jouant un rôle de première importance dans la production des accidents. La quantité de médicament absorbée doit être minutieusement surveillée ainsi que la composition du régime alimentaire.

Les troubles les plus fréquemment observés chez les sujets prédisposés sont des éruptions cutanées, de petits troubles névritiques, tels qu'une atténuation ou même une disparition plus ou moins passagère du goût. Ces réactions imposent la cessation immédiate du médicament sans constituer une contre-indication permanente à son emploi.

Robert Clément.

PARIS MÉDICAL

R. Froment et **A. Gonin** (Lyon). ***Les syncopes du bloc auriculo-ventriculaire. Considérations sur leur séméiologie et leur pathogénie*** (*Paris Médical*, t. **28**, n° 19, 7 Mai 1938, p. 375-380). — Les syncopes, par pause ventriculaire sont de beaucoup les plus fréquentes; celles par fibrillation ventriculaire sont plus rares; les syncopes par bradycardie ventriculaire extrême, sont exceptionnelles.

Selon leur nature et surtout selon leur durée ces troubles réalisent des tableaux cliniques différents. Le vertige simple sans perte de connaissance, correspond à un arrêt du cœur de moins de 20 secondes; la syncope brève en éclair a une pause ne dépassant guère 30 secondes. La syncope durable sans pause respiratoire traduit un arrêt du cœur ne dépassant guère une minute; au delà il y a syncope prolongée avec mort apparente. Les pauses ventriculaires répétées, ou la bradycardie ventriculaire extrême, aboutissent à l'état comateux.

La sémiologie des syncopes longues est riche : troubles nerveux, vaso-moteurs, respiratoires, perturbations électro-cardiographiques de l'activité auriculaire. L'étude de la reprise d'activité auriculaire est aussi instructive que celle de la pause (hypertension de reprise, apnée de reprise, troubles du rythme et déformations des complexes ventriculaires).

La pathogénie de ces syncopes est encore mystérieuse : l'excitation du vague et surtout le spasme artériel peuvent intervenir, mais n'expliquent pas tous les phénomènes.

Robert Clément.

LE JOURNAL MÉDICAL FRANÇAIS
(Paris)

L. Langeron (Lille). ***Coxarthries et interventions parathyroïdiennes. Documents personnels.*** (*Le Journal médical français*, t. 27, n° 4, Avril 1938, p. 123-128). — Chez 14 sujets atteints de coxarthries uni- ou bilatérales comprenant 8 hommes et 6 femmes entre 48 et 73 ans et chez un homme de 48 ans atteint d'arthrite traumatique, L. a pratiqué l'isophénolisation des pédicules artériels de la région thyroïdienne. 12 fois, il a observé un succès suffisant, 3 fois un échec complet.

Le résultat est presque instantané : le malade se déclare soulagé, il peut mouvoir ses articulations et peut marcher. Au contraire, la radiographie montre les mêmes altérations et l'exploration segmentaire la même limitation passive des mouvements. Les modifications de la calcémie et du bilan calcique ne sont pas précises.

Les indications sont plus cliniques que biologiques car le taux initial de la calcémie est souvent normal ou subnormal. A la plupart des interventions, on ne constate aucune altération des parathyroïdes, de très beaux résultats ont été obtenus par une simple exploration de la région, c'est pourquoi, L. donne la préférence à l'isophénolisation des pédicules artériels, opération simple et inoffensive. Si on trouve dans la région une formation d'allure anormale, on a tout le loisir de l'enlever, quitte à la faire examiner histologiquement; c'est bien souvent un amas graisseux ou à fragment thyroïdien aberrant.

La tumeur parathyroïdienne manquant et l'intervention consistant en tout autre chose qu'une résection parathyroïdienne, on peut se demander si les résections parathyroïdiennes partielles ou totales, n'agissent pas par le même mécanisme plus sympathique qu'endocrinien.

Il est difficile d'interpréter autrement que par des actions vasomotrices à distance, des résultats aussi rapides et irréguliers. Il est curieux de constater leur électivité pour des surfaces ostéoarticulaires aussi lointaines que la hanche.

Robert Clément.

MEDIZINISCHE KLINIK
(Berlin, Prague, Vienne)

Rahm (Breslau). ***Observations concernant le traitement chirurgical des hyperthyroïdies*** (*Medizinische Klinik*, t. 34, n° 9, 4 Mars 1938, p. 281-285). — R. expose d'abord les différentes formes de la maladie de Basedow. L'hyperfonctionnement relatif et absolu de la thyroïde peut être dû à des causes variables, aussi bien le système nerveux central que la constitution générale ou enfin par des anomalies de la glande thyroïde elle-même.

Pour le traitement, il est important de connaître la cause de ce disfonctionnement. Plusieurs statistiques prouvent que les cas graves sont principalement traités par l'opération chirurgicale. Ces interventions auraient eu des résultats heureux dans 82 pour 100 des cas, alors que les rayons X ne donneraient que 58 pour 100 de guérisons. Il est vrai que pour les cas très graves l'intervention peut amener parfois le décès.

R. ne croit pas que le traitement iodé peut amener de bons résultats, toutefois il le recommande pour préparer l'opération.

En tous cas, il ne faut jamais donner d'iode à des malades traités chez eux, mais uniquement chez des malades hospitalisés.

Quant à la technique de l'intervention, R. sans donner de détails très précis expose qu'il faut éliminer, de toute nécessité, le tissu fonctionnant anormalement.

Pour les cas très graves l'extirpation complète s'impose.

En France, on aurait considéré longtemps la maladie de Basedow comme une affection du sympathique et on aurait procédé fréquemment à des résections du sympathique .

En Allemagne, on aurait, par contre, toujours attaqué la source du mal dans la thyroïde elle-même.

R. procède à l'intervention après un traitement iodé de 8 à 10 jours, selon la méthode de Blummer. On ne peut pourtant pas fixer la durée de ce traitement iodé, car il semble que l'efficacité de l'iode dépende de la situation géographique de l'endroit où se trouve le malade.

Après l'intervention l'iode doit également être donné à des doses décroissantes.

Depuis l'application de cette méthode de Blummer on ne voit que très rarement des chocs post-opératoires suivis de mort.

Après l'opération il faut, en tous cas, un repos d'au moins 3 mois, aussi bien du point de vue du travail qu'au point de vue sexuel.

Guy Hausser.

Bernhardt (Ratibor). ***Observations concernant le traitement médicamenteux des hyperthyroïdies*** (*Medizinische Klinik*, t. 34, n° 9, 4 Mars 1938, p. 285-289). — B. entend sous le terme d'hyperthyroïdie tous les états où la glande thyroïde est en hyperfonctionnement, sans considérer si ce dernier est cause de la maladie ou non.

Le traitement médicamenteux serait simple et peu coûteux, aussi, en principe, faudrait-il faire à chaque cas de Basedow un essai avec le traitement médicamenteux.

Comme première méthode, B. recommande l'action de l'iode. Le traitement pré-opératoire doit toujours être fait selon les doses indiquées par Blummer (iode 1, iodure de calcium 2, eau distillée 20).

En général, ce traitement peut amener une amélioration dans les 8 à 15 jours.

Dans les cas où l'iode n'est pas supporté, on peut le faire mieux tolérer par l'adjonction de luminal, gynergène, résines, etc...

S'il s'agit d'un coma basedowien, B. recommande de donner l'iode par une autre voie que le tube digestif.

Dans les cas particulièrement graves il donne en même temps une injection de « Endoiodin » 2 cm^3 = 0,22 d'iode avec 20 à 40 cm^3 de sucre de résine à 30 pour 100.

Si l'on veut se fier uniquement au traitement par l'iode, il faut tenir compte que plus le malade est éloigné de la mer, plus le traitement iodé seul est dangereux. Il est incontestable que les premiers résultats sont bons, mais la difficulté consiste à le continuer sans danger.

Le traitement iodé est également utile dans les hyperthyroïdies dites « secondaires » s'accompagnant fréquemment d'obésité.

Parmi les autres produits médicamenteux contenant de l'iode, il faut noter l'iodure de calcium, en général mieux supporté que l'iodure de potassium. B. recommande particulièrement le « diiothyrossin ». Bien que l'action de l'iode puisse être parfois dangereuse, il n'existe pas encore d'autres médicaments qui puissent l'égaler.

Des essais expérimentaux ont été faits avec le fluor et notamment par le fluorure d'ammonium, administré soit par le tube digestif, soit par voie intra-veineuse.

L'ergotamine peut également être utile, car elle intervient sur le système sympathique. Le gynergène est également usité. On en donne 2 à 3 fois par jour un cachet, ou des injections sous-cutanées, de 0 cm^3 25 à 0 cm^3 50, une à deux fois par jour.

B. a également expérimenté heureusement un traitement médicamenteux avec le « tyronorman », en adjoignant à ce médicament un régime lacté, 1 à 2 litres de lait par jour. Ce traitement serait particulièrement recommandable.

L'arsenic a également donné de bons résultats, principalement en le combinant avec le traitement iodé. Dans ce cas il peut être administré dans l'intervalle nécessaire entre l'absorption de la diodotyrosine.

La strychnine à petites et moyennes doses aurait donné de bons résultats, notamment en France.

Enfin, le phosphore peut être également utile.

D'autre part, il faut penser aux calmants tels que : bellergal, luminalettes, etc., ainsi que les somnifères légers. Au contraire, les somnifères trop actifs doivent être évités.

Guy Hausser.

Hess (Duisburg). ***Traitement de l'hyperthyroïdie par les rayons X*** (*Medizinische Klinik*, t. 34, n° 9, 4 Mars 1938, p. 289-291). — H. attribue la maladie de Basedow essentiellement à une insuffisance constitutionnelle du système sympathique. Il existerait des inter-relations entre la thyroïde et l'hypophyse, de sorte que les affections les frappant retentissent l'une sur l'autre.

H. indique qu'en général le dysfonctionnement atteint d'abord la thyroïde; mais il y aurait aussi des cas de Basedow hypophysaire ou mésencéphalique.

Si l'on veut entreprendre un traitement par les rayons X, il est important, selon H., de rechercher l'origine du Basedow.

Sur 160 observations, 42 goitres toxiques ont été guéris. 22 pour 100 sont restés sans être influencés. Du Basedow proprement dit, 50 pour 100 furent guéris, 12,5 pour 100 non influencés.

Il constate que, dans la maladie de Basedow, l'origine de l'affection est à rechercher avant tout dans la glande thyroïde. Il croit que le traitement par les rayons X doit avoir, avant tout, pour but d'obtenir un fonctionnement normal de cette glande.

Il faut procéder avec une technique et un dosage approprié. H. ne donne, en général, pas plus de 200 R. par séance. La dose normale est de 150 à 180 R. La dose totale pour un traitement peut osciller entre 800 et 1.200 R. Une série de séances peut durer de 2 à 3 semaines et il faut ensuite l'interrompre pendant 6 à 8 semaines. Plus le cas est grave et plus la prudence doit guider le traitement en faisant réduire les doses à chaque séance et en augmentant leur nombre.

Bien que H. ait fait subir ce traitement par Rayons X à plus de 300 malades, il n'a eu aucun cas de mort même dans les plus graves. C'est la raison pour laquelle il est d'avis que le traitement radiothérapique n'est applicable que dans les cas légers et qu'il faut intervenir chirurgicalement dans les cas graves.

Guy Hausser.

E. Meyer (Heidelberg). ***L'atonie gastrique et l'atonie intestinale en cas d'hypofonctionnement de l'anté-hypophyse*** (*Medizinische Klinik*, t. 34, n° 9, 4 Mars 1938, p. 296-298). — Depuis longtemps on connaît les rapports fonctionnels entre l'hypophyse et les « organes creux ». Pourtant les relations entre les troubles du tube digestif et les affections hypophysaires sont encore insuffisamment connues.

M. a observé 2 cas dans lesquels une atonie très accentuée de l'estomac et de l'intestin était imputable à une affection hypophysaire.

Une jeune fille de 18 ans présentant un amaigrissement hypophysaire avec tous les symptômes caractéristiques: troubles des règles, du système végétatif, etc., avec atonie gastrique et constipation intestinale par atonie ou parfois spasmes.

Un traitement par les vitamines B_1 et C, ainsi qu'avec des hydrates de carbone, fut couronné de succès. La malade a augmenté de 13 kg. 500 et le métabolisme a augmenté également de 15 pour 100.

Dans un second cas, il s'agit d'une jeune fille de 23 ans qui, depuis sa jeunesse, souffrait de constipation due à une atonie accentuée de l'intestin et, en outre, d'une hypo-sécrétion endocrinienne due à un trouble du fonctionnement de l'anté-hypophyse.

Ici, également, un traitement par des vitamines et surtout par un régime riche en hydrates de carbone, donna un très bon résultat.

Ces 2 cas prouveraient qu'il y a une relation entre les muscles du tube digestif et le système endocrinien.

En concluant, M. fait remarquer que le traitement uniquement hormonal n'a jamais donné d'aussi bons résultats. Le régime appliqué a probablement amené une sorte d'entraînement du système endocrinien et ensuite l'excitation mécanique du tube digestif.

Guy Hausser.

Schlomka (Bonn). ***Influence de l'aviation sur la circulation*** (*Medizinische Klinik*, t. 34, n° 13, 1er Avril 1938, p. 421-423). — Parmi les diverses influences physiologiques consécutives au vol dans les avions, la circulation prend un rang prééminent.

Divers auteurs ont constaté une accélération cardiaque et une hypertension relative.

Il semble que ce sont les déplacements de sang qui provoquent ces variations de tension artérielle.

Des expériences faites sur les singes ont prouvé, après examen radiographique qu'en cas « d'accélération centrifuge » l'afflux sanguin au cœur diminue de plus en plus. De telles accélérations sont assez fréquentes avec l'aviation sportive ou militaire et peuvent durer jusqu'à 4 et 5 minutes.

Dans ces cas-là les aviateurs ressentent des troubles dus à l'afflux sanguin cérébral pouvant aller jusqu'à l'évanouissement complet.

S. ne croit pas qu'une attitude spéciale de l'aviateur puisse contrecarrer l'effet de cette accélération. Le seul moyen d'en éviter les conséquences fâcheuses semble être des fauteuils mobiles plaçant le corps en dehors de l'action centrifuge.

S. croit que souvent l'altitude de l'avion n'influence pas directement la circulation, mais cause une diminution de la quantité d'oxygène parvenant aux poumons. On n'a pas encore élucidé la question de savoir si c'est la circulation périphérique ou le cœur lui-même qui est influencé.

Quelques auteurs ont pu prouver qu'également le myocarde est influencé par une altitude élevée. S indique qu'il reste encore beaucoup de recherches à faire sur l'influence de l'aviation sur la circulation sanguine.

On peut pourtant déjà dire que, vu la rapidité moyenne des avions commerciaux transportant des voyageurs, ceux qui sont hypertendus n'ont pas à craindre d'influence directe.

D'autre part, l'altitude toujours plus élevée que les avions empruntent actuellement peut provoquer des troubles cérébraux.

En général, on doit déconseiller à des malades atteints de sclérose coronaire de voyager en avion à une altitude supérieure à 1.500-2.000 mètres.

Guy Hausser.

Gillert (Berlin). ***Les malades atteints de troubles circulatoires courent-ils des risques en pratiquant l'aviation?*** (*Medizinische Klinik*, t. 34, n° 13, 1er Avril 1938, p. 423-426). — En examinant des statistiques, G. a constaté que jusqu'à une altitude de 5.000 mètres il n'y avait aucune accélération du pouls. Au delà, cette accélération peut être très considérable: 108 au lieu de 72 sur des sujets assis et 120 au lieu de 96 sur des sujets debout.

Comme dans des conditions atmosphériques normales un avion ordinaire ne dépasse pas cette altitude, G. croit que le voyage en avion n'intervient sur la circulation pas plus que, par exemple, un voyage sur un bateau à vapeur moyen.

Pourtant, des sujets atteints d'artério-sclérose, de syphilis, de varices, d'hémorroïdes doivent se montrer quelque peu prudents pour les voyages dans les avions modernes extrêmement rapides qui peuvent être amenés à faire des manœuvres inopinées.

En tous cas, pour les malades dont la capacité du myocarde est atteinte, ou la circulation plus ou moins déficiente, ils doivent se garder absolument d'utiliser l'avion.

Guy Hausser.

Wirtz-Nowawes. ***Expériences cliniques lors de l'application buccale, intra-musculaire et tronculaire de vitamines B_1 et C, en cas d'affections névrologiques surtout de paralysie flasque*** (*Medizinische Klinik*, t. 38, n° 14, 8 Avril 1938, p. 471-474). — W. a traité deux jeunes gens présentant une atrophie musculaire des cuisses et des jambes par un traitement combiné et alternatif des vitamines C et B_1. Il a commencé par la voie parentérale à forte dose pendant plusieurs mois. Après quelques semaines, les malades qui étaient auparavant dans l'incapacité de marcher, commencèrent à pouvoir faire quelques pas (ces mouvements semblent être dus à une sorte d'augmentation du dynamisme musculaire sans accroissement réel des muscles).

Une fois le traitement interrompu, une aggravation est survenue qui fut enrayée par la reprise des injections.

Dans 10 cas de paralysie après poliomyélite antérieure, W. a obtenu des succès surprenants par des applications parentérales et, dans les cas graves, par applications tronculaires et rachidienne de la vitamine B_1. En même temps, il fallait donner des extraits surrénaux.

Enfin, W. a traité avec succès 2 cas de paralysie produite par une lésion de la moelle dans son diamètre transverse, paralysie qui s'était produite consécutivement à des lésions vertébrales.

Un traitement avec vitamines B_1 provoqua une amélioration subite qui s'est maintenue.

Guy Hausser.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Vienne)

Mazinade. ***Contribution à la question des anémies après gastrectomie*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. 50, n° 42, 22 Octobre 1937, p. 1455-1457). — Dans la question si controversée du traitement des ulcères gastro-duodénaux, un nouvel argument a été fourni aux adversaires du traitement chirurgical par les travaux de Castle, et la possibilité de l'apparition d'anémies pernicieuses après gastrectomie. M. a étudié systématiquement la formule sanguine de 40 opérés, 36 hommes et 4 femmes, ayant tous subi une gastrectomie pour ulcère gastrique ou duodénal; l'examen a été pratiqué de 5 à 12 ans après l'intervention. Parmi ces 40 malades, on a décelé 4 cas d'anémie, dont deux seulement à type pernicieux, ce qui donne la proportion de 5 pour 100 pour chaque type, proportion relativement minime. Encore faut-il ajouter que chez l'un des malades, atteint d'anémie pernicieuse, pouvait exister un facteur constitutionnel, sa mère étant morte d'une anémie pernicieuse; et que, d'autre part, les deux seuls sujets atteints d'anémie pernicieuse avaient subi, outre la gastrectomie, l'ablation de la vésicule. M. conclut que s'il est possible de voir survenir des anémies pernicieuses après gastrectomie, ce fait est loin d'être la règle, et que le syndrome anémique peut être lié à des facteurs variés, hérédité, terrain, chimisme gastrique, etc. L'étude de tous ces facteurs a le plus grand intérêt pour la décision opératoire.

BASCH.

Steinach, Peczenik et Kun. ***De l'hyperémie d'origine hormonale et de l'influence de l'hormone sexuelle mâle et de l'hormone femelle associée sur l'hypertension et l'hypertonie*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. 51, n° 3, 21 Janvier 1938, p. 65-67). — Dans ce premier article, S., P. et K. rappellent les données expérimentales qui permettent d'affirmer l'action hyperémiante de l'hormone mâle et de l'hormone femelle: que ce soit par les greffes testiculaires faites après castration, que ce soit par l'intermédiaire de la ligature des canaux déférents chez des sujets séniles, que ce soit par l'introduction dans l'organisme de l'hormone gonadotrope activant la sécrétion testiculaire, tout enrichissement en hormone sexuelle détermine une hyperémie dans le territoire des organes génitaux principaux et des organes génitaux secondaires: chez des rats séniles cette hyperémie entraîne une prolifération des cellules interstitielles et une véritable réactivation des fonctions sexuelles; chez les animaux jeunes une maturation des organes génitaux, etc. De même l'introduction d'hormone femelle chez des rates permet de constater une hyperémie de l'utérus des glandes mammaires, etc. Si on réalise cette hyperémie au moyen de la diathermie, par exemple, chez de jeunes animaux, on observe un certain développement des organes génitaux, mais jamais la maturation complète, pour laquelle la présence de l'hormone est nécessaire. Enfin, cette influence hyperémiante n'est pas spécifique, elle s'exerce sur tout l'organisme, muscles, peau, viscères. Au niveau du cerveau, en particulier, S., P. et K. ont mis en évidence cette hyperémie par la méthode des colorations vitales; après ligature des carotides, on constate une coloration intense de la surface cérébrale chez les animaux séniles auxquels on a préalablement lié les déférents, et une très faible coloration chez les animaux témoins. La conséquence histologique est une régénérescence des cellules lipochromes, et la conséquence physiologique une régénérescence psychique.

Est-il possible avec l'hormone mâle cristallisée obtenue par synthèse de susciter les mêmes résultats? L'expérimentation montre que non, et qu'en ce qui concerne le cerveau par exemple, il n'y a aucune différence de coloration entre les animaux injectés et les animaux témoins. Injecte-t-on par contre de l'hormone femelle cristallisée, on obtient la même hyperémie que par la ligature des déférents. Il existe donc dans la sécrétion testiculaire un principe qui agit comme l'hormone femelle synthétique. Comment l'organisme masculin se procure-t-il ce principe? En étudiant l'élimination de substance œstrogène dans les urines de rats mâles, on constate que des injections d'Androsteron sont suivies d'élimination massive de substance œstrogène; ce qui fait penser qu'il peut se produire un phénomène de transfert.

G. BASCH.

Steinach, Peczenik et Kun. ***De l'hyperémie d'origine hormonale, et de l'influence de l'hormone sexuelle mâle et de l'hormone femelle associée sur l'hypertension et l'hypertonie*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. 51, n°s 4 et 5, 28 Janvier et 4 Février 1938, p. 102-106, 134-139, suite du n° 3). — Il s'agit maintenant de voir si ces données expérimentales ont des applications cliniques, et en particulier si l'hormone sexuelle est susceptible d'agir sur l'hypertonie vasculaire.

S., P. et K. ont traité 75 malades dont 70 hypertoniques; parmi ceux-ci, 7 avaient une tension artérielle normale, 21 une tension artérielle de 13 à 16, 42 une tension artérielle de 16 à 24; 5 sujets présentaient des vaso-névroses plus ou moins caractérisées.

Dans une première série d'expériences S., P. et K. ont administré l'hormone mâle seule. Dans la plupart des cas d'hypertonie on observa une heureuse influence du traitement : les oscillations sont moins amples, les artères moins tendues. En ce qui concerne l'hypertension, celle-ci fut améliorée quant à la tension systolique. Il y eut en même temps disparition des phénomènes subjectifs; maux de tête, insomnie, vertiges, irritabilité, fatigabilité.

D'autres malades ont été traités par l'administration d'hormones mâle et femelle associées. Alors que, à titre de contrôle, on fit sans résultat intéressant des injections d'hormone féminine, on observa à la suite des injections mixtes, une amélioration nette et durable de l'hypertonie et de l'hypertension, résultats supérieurs à ceux obtenus avec l'hormone mâle seule. Ces résultats qui se maintiennent pendant une assez longue période, sont opposés par les auteurs aux succès éphémères qui suivent les diverses chimiothérapies.

G. BASCH.

Foderl. ***Diagnostic différentiel et traitement des anémies de la grossesse*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. 51, n° 6, 11 Février 1938, p. 168-170). — Près de la moitié des femmes enceintes présentent une pseudo-anémie de Schultz, due à une simple modification de la fluidité sanguine, et sans aucune conséquence pathologique. Par contre, on trouve dans 3 à 8 pour 100 des cas une anémie vraie essentielle hypochrome avec moins de 3.000.000 de globules rouges et moins de 60 pour 100 d'hémoglobines, anémie qui doit être traitée par l'administration de grosses doses de fer et qui guérit complètement après l'allaitement.

L'anémie pernicieuse de la grossesse a les mêmes particularités hématologiques que l'anémie de Biermer; mais elle apparaît pendant la grossesse et dans les bons cas guérit après l'accouchement; elle réagit bien à l'hépatothérapie et ne constitue pas une indication à l'interruption de la grossesse.

Enfin l'anémie aplastique de Brugsch est très rare; et provoquée par des lésions des centres hémopoïétiques par l'intoxication gravidique; il y a diminution aussi bien des globules blancs que des globules rouges et ni le fer, ni l'hépatothérapie n'ont d'action; elle est heureusement influencée par contre par les transfusions de sang.

G. BASCH.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

Scherber et Domes. ***Le traitement de la blennorragie des deux sexes par l'Uliron*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. 87, n° 49, 4 Décembre 1937, p. 1267-1270). — Avant de communiquer leurs statistiques personnelles, S. et D. rappellent les résultats obtenus par d'autres auteurs avec les dérivés de la sulfamide. Felke a employé le D. B. 90 à des doses de 2 à 5 *g.* par jour, en séries séparées par des intervalles de repos, et obtenu la guérison d'urétrites aiguës, de blennorragies masculines à la période d'état, et de blennorragies féminines; la proportion de guérisons fut de 11 sur 14 pour les hommes et de 17 sur 20 pour les femmes. Le seul accident observé fut un exanthème scarlatiniforme. Dans un travail ultérieur, il donne les conclusions qu'il peut tirer d'un emploi assez prolongé de l'uliron : comme le médicament précédent, il n'a ni valeur prophylactique, ni valeur comme médicament abortif: il n'y a pas intérêt à l'employer avant la troisième semaine, la disparition du gonocoque pouvant donner au malade une sécurité trompeuse; enfin il a une action heureuse sur les infections des annexes.

Fischer rapporte que sur 58 cas traités par l'uliron, 1 seul fut réfractaire; avec deux séries comportant chacune l'administration de 1 *g.* 50 *per os* pendant 3 jours, il guérit également 4 cas de vulvo-vaginite.

G. BASCH.

Scherber et Domes. ***Le traitement de la blennorragie des deux sexes par l'Uliron*** (*fin*). [*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. 87, n°s 50 et 51, 11 et 18 Décembre 1937, p. 1298-1299 et 1335-1338]. — S. et D. se conforment à la posologie indiquée par Bayer : traitement local jusqu'à la troisième semaine, puis 9 tablettes de 0 *g.* 50 par jour pendant 3 jours; si le gonocoque persiste ou reparaît, cesser le traitement local et refaire une série au bout de 8 à 10 jours. S. a traité 50 malades; les seuls incidents ont été un érythème urticarien et quelques vomissements, ces troubles ne répondant pas à une sensibilisation, puisqu'une série ultérieure a été bien supportée par les malades en question. Il publie 29 observations détaillées de blennorragies masculines, dont certaines avec complications articulaires, et 13 observations de blennorragies féminines, comportant des urétrites, métrites et annexites; tous ces cas furent guéris en 1 à 3 séries, sauf deux pour lesquels il fallut aller jusqu'à 4 séries. Bien entendu la guérison doit être contrôlée après toutes les épreuves classiques.

G. BASCH.

Weiss. ***Thrombose et autoagglutination*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. 87, n°s 50, 11 Décembre 1937, p. 1303-1307). — W. a tenté de vérifier la théorie de Neuda, suivant laquelle la thrombose serait une maladie autonome survenant sur des terrains préparés par la syphilis ou le cancer (ayant agi sur le sujet lui-même ou sur ses ascendants directs); l'apoplexie ne serait qu'une modalité de la thrombose. Cette première assertion est controuvée par les faits : en premier lieu, dans certains pays ou régions où S. et C. sont très répandus, la thrombose est au contraire l'exception; d'autre part, une statistique de W. portant sur 60 cas de thrombose ne permet de constater l'existence de syphilis et de cancer que dans 5 et 6,6 pour 100 des cas (N. donne des pourcentages de 35 pour 100).

En ce qui concerne l'existence dans le sang des malades atteints de thrombose d'une réaction spécifique d'immunité, et d'une autoagglutinine décelable *in vitro*, W. discute la technique même de

N. qui comporterait des causes d'erreur (emploi de sérum concentré), et croit qu'il s'agit d'une pseudo-agglutination. Le phénomène en question n'est d'ailleurs nullement pathognomonique et se retrouve dans d'autres affections (ictère hémolytique, etc.). Il cite en outre une autre statistique personnelle suivant laquelle la réaction d'autoagglutinine a été trouvée positive dans 6,6 pour 100 des cas de thrombose (60 cas), et dans 7,5 pour 100 des cas témoins (80 cas comportant des maladies diverses).

Enfin, N. affirme que l'extrait de foie empêche la production du phénomène *in vitro* et l'hépatothérapie constituerait le véritable traitement de la thrombose. W. après nombre d'auteurs, n'a eu aucun résultat prophylactique ou curatif avec cette thérapeutique.

G. Basch.

Scherber. ***Radiumthérapie de l'herpès récidivant sévère*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. 88, n° 1, 1er Janvier 1938, p 25-26). — S. relate l'observation d'un malade qui, à la suite d'une grosse angine, présenta pendant 2 ans des accès d'herpès subintrants de la lèvre inférieure, de telle sorte qu'existait en permanence une tuméfaction de toute la lèvre avec adénopathie satellite. Devant l'échec de toutes les thérapeutiques S. eut l'idée de tenter une application de radium ; une première application durant 10 heures d'une dose de 150 *mgh.* (filtre d'étain de 2 *mm.* et distance de 3 *mm.*) amena une sédation immédiate ; une récidive bénigne s'étant produite 6 semaines plus tard, une nouvelle application d'une dose de 75 *mgh.* fut suivie d'une guérison qui persiste depuis 5 ans.

G. Basch.

Bieder. ***Contribution à la question des polyradiculites chroniques*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. 88, n° 5, 29 Janvier 1938, p. 116-120). — B. rapporte 2 observations de polyradiculonévrite chronique avec syndrome de Guillain-Barré qui, ayant résisté aux diverses thérapeutiques usuelles, furent heureusement influencées par la pyréthothérapie. Dans ces 2 cas, on observait la localisation aux extrémités proximales, la dissociation albumino-cytologique, l'atteinte marquée des nerfs craniens, et une tendance à l'évolution ascendante grave. Enfin à l'origine de l'affection, on relevait chez les deux patients la possibilité d'une intoxication par les vapeurs de benzine.

G. Basch.

RŒNTGEN-PRAXIS
(Leipzig)

E. Reiser. ***Technique et résultats de la myélographie*** (*Röntgen-Praxis*, t. 10, n° 4, Avril 1938, p. 217-241). — Le sac dural et son contenu sont plus ou moins déplaçables et mobiles dans le canal rachidien, tant dans le sens de la longueur que dans celui du diamètre.

L'emploi de 5 cm^3 environ d'huile opaque, injectée par voie lombaire, permet d'obtenir une vue de contrôle complète des espaces sous-arachnoïdiens, mais il est indispensable de contrôler sous l'écran radioscopique le passage de l'huile. On utilisera avec avantage une table mobile et l'on fera l'examen en positions ventrale et dorsale, latérale si nécessaire à 60-70°; les images caractéristiques seront fixées par radiographie, bien localisée. R. insiste sur l'importance de l'examen dans les positions les plus variées.

Les radiographies en décubitus horizontal permettent d'observer les rapports de la moelle et de la tumeur; celles en position verticale le point d'arrêt de l'huile, donc de différencier les tumeurs isolées et les adhérences.

La constatation d'adhérences marginales, décrites par R., peut souvent permettre de différencier des processus intra- et extra-duraux.

L'aspect dû aux tumeurs intramédullaires est déjà connu depuis longtemps. Quand il s'agit d'un processus extra-dural, la myélographie ne permet souvent pas de différencier les lésions tumorales ou inflammatoires et l'on ne saurait attacher trop d'importance à l'examen minutieux du squelette du rachis sur les clichés classiques: des lésions osseuses qui n'ont pas leur point de départ dans le canal rachidien sont en faveur de tumeurs extra-durales.

Les tumeurs intra-durales, en toutes positions, donnent un niveau d'arrêt en forme de coupe; les tumeurs extra-durales, au contraire, donnent un niveau pointu dans un sens, et dans le sens opposé un niveau qui peut ne présenter aucune forme caractéristique, ou être en forme de coupe.

Tout arrêt de la progression de l'huile de plus de quelques minutes est conditionné par un fait anatomique ; cependant ce temps ne saurait constituer un critérium permettant de caractériser un arrêt physiologique; les arrêts temporaires décrits jusqu'ici peuvent être supprimés par l'emploi d'une technique exacte, ou sont alors dus à de l'œdème et à des troubles de la circulation intra-rachidienne. La disparition de l'œdème fait cesser l'arrêt dont il est cependant nécessaire de tenir compte.

R. étudie particulièrement la question des adhérences susceptibles de donner des aspects très variés qu'il décrit minutieusement en insistant sur un aspect particulier, en manchette, signalé pour la première fois, et qui peut être dû à des phénomènes survenant à l'intérieur du canal liquidien, peut-être aussi à des formations cicatricielles.

Il discute enfin les données de la myélographie dans les traumatismes et lésions récentes du rachis et dans les hernies des cartilages.

Morel Kahn.

LA SEMANA MEDICA
(Buenos-Aires)

A. Dossola. ***Cholécystite et syndrome angineux*** (*La Semana Medica*, t. 45, n° 11, 17 Mars 1938, p. 575-582). — L'on observe souvent en clinique des affections biliaires associées à des troubles circulatoires, et D. rappelle la vaste littérature relative à ces associations.

L'expérimentation montre que les voies biliaires constituent une zone réflexogène. D'autre part, l'hypercholestérolémie favorise les spasmes coronaires.

Les phénomènes secondaires d'angor posent une indication opératoire chez les cholélithiasiques.

5 *observations* de cholécystites avec crises angineuses.

G. d'Heucqueville.

LA PRENSA MEDICA ARGENTINA
(Buenos-Aires)

D. Boccia et **J. Gamalero.** ***La réaction de Ucko dans les maladies hépatiques*** (*La Prensa Medica Argentina*, t. 25, n° 6, 9 Février 1938, p. 281-284). — Parmi les nombreuses épreuves de la fonction hépatique, la réaction de Takata-Ara (précipitation par le carbonate de soude et le bichlorure de mercure) traduit l'altération protéique du sang.

Ucko l'a rendue plus sensible en utilisant un milieu légèrement alcalin et le sérum dilué. B. et G. étudient la réaction de Ucko dans les affections hépatiques et non hépatiques.

Dans la cirrhose de Laennec avec ascite, la réaction se montre fortement positive; dans la stase hépatique, négative.

Il en est de même dans les affections extra-hépatiques. Cependant, comme la réaction de Takata-Ara, la réaction de Ucko est parfois positive dans les tumeurs malignes.

G. d'Heucqueville.

A. R. Marotta et **F. M. Bustos.** ***La biopsie hépatique*** (*La Prensa Medica Argentina*, t. 25, n° 8, 23 Février 1938, p. 379-383). — Pour préciser l'état de la cellule hépatique, après les investigations fonctionnelles (glycémie, rose Bengale, azotémie, cholestérolémie, bilirubinémie, sonde duodénale), le procédé de choix est la biopsie hépatique au cours d'une intervention abdominale.

On prélève un fragment du bord du foie de 1/2 *cm.* de diamètre et l'on affronte les lèvres de la brèche par un point en U.

Sur un même nombre de sujets, les examens fonctionnels avaient montré 62 pour 100 de troubles hépatiques, alors que la biopsie en révélait 88 pour 100.

Dans l'immense majorité des cholélithiases, on a pu mettre ainsi en évidence des lésions hépatiques microscopiques.

Les lésions de type œdémateux s'améliorent sous l'action de solutions hypertoniques concentrées en injections intra-veineuses. Les lésions de type lymphangitique sont souvent en rapport avec des foyers infectieux amygdaliens.

G. d'Heucqueville.

P. Pinero Garcia. ***L'infection tuberculeuse à l'âge scolaire*** (*La Prensa Medica Argentina*, t. 25, n° 8, 23 Février 1938, p. 383-397). — Etude statistique très documentée de la tuberculose dans la population scolaire argentine.

Après avoir retracé l'évolution démographique de la ville de Rosario, P. G. montre combien la mortalité tuberculeuse demeure importante aux âges scolaires.

Il préconise l'institution de colonies scolaires permanentes à la campagne.

G. d'Heucqueville.

D. Mosto, T. P. Gandia et **J. L. Carrera.** ***Un cas d'herpès de la gestation*** (*La Prensa Medica Argentina*, t. 25, n° 8, 28 Février 1938, p. 398-402). — Observation d'une malade de 39 ans qui, au 6e mois de sa 6e grossesse, présente une éruption prurigineuse avec insomnie et malaise général.

L'éruption affecte surtout les deux jambes, les bras, les épaules et l'abdomen. Elle se compose d'éléments de type urticarien. Eléments dans la bouche.

L'examen histologique montre de grandes vésicules, aux limites desquelles le corps muqueux de Malpighi présente des vacuoles. Infiltration inflammatoire du derme avec accumulation de *polynucléaires éosinophiles*.

Traitement par eau d'Alibour et « *protonsil* ». Evolution par poussées éruptives.

Le diagnostic d'herpès prête peu à discussion. Il y a lieu de noter la proportion anormalement élevée des éosinophiles, caractère déjà signalé dans l'herpès gravidique.

G. d'Heucqueville.

A. Trimani. ***L'ombre triangulaire para-apexienne*** (*La Prensa Medica Argentina*, t. 25, n° 10. 9 Mars 1938, p. 512-530). — T. analyse, pour en déterminer le substratum anatomique, une ombre radiologique triangulaire qui s'observe à l'extrémité distale de l'arc inférieur de la silhouette cardiaque.

Il rappelle les caractères anatomiques du sac péricardique, et ses caractères radiologiques, aux méthodes usuelles d'exploration: *radioscopie, orthodiagramme, téléradiographie, kinéradiographie, timographie*.

T. a étudié 3.968 téléradiographies et orthodiagrammes, ainsi qu'une série de coupes thoraciques de cadavres congelés.

Dans cette enquête, il a trouvé l'ombre triangulaire para-apexienne chez 57 sujets, dont 42 avec affection cardio-vasculaire, en premier lieu *sclérose coronaire* et infarctus du myocarde.

L'ombre para-apexienne résulterait de la tension

du ligament qui relie la partie inférieure gauche du sac péricardique au diaphragme. Aussi s'observe-t-elle quand le diaphragme s'abaisse, après 40 ans et chez les cardiaques avec *hyper-ventilation* pulmonaire mais *sans dilatation* ventriculaire.

G. D'HEUCQUEVILLE.

BOLETIN DEL INSTITUTO DE MEDICINA EXPERIMENTAL PARA EL ESTUDIO DEL CANCER

(Buenos-Aires)

Ramon Carillo (Buenos-Aires). ***L'iodoventriculographie*** (*Boletin del Instituto de Clinica Quirurgica*, numéro spécial, Janvier 1938, 632 p.). — Importante monographie consacrée à l'exploration radiographique des cavités cérébrales après injection directe d'huile iodée dans les ventricules (iodoventriculographie), procédé couramment utilisé depuis 10 ans en Argentine. C. qui possède sur cette méthode une documentation sans doute unique au monde (600 cas) l'estime sans danger et incomparablement supérieure, pour le diagnostic exact des lésions de la « fosse postérieure » à tous les autres procédés d'exploration cérébrale préconisés (ventriculographies à l'air, encéphalographies artérielles, etc.).

Après une description minutieuse de la technique opératoire et de celle de l'examen radiographique, C. expose dans la deuxième partie de l'ouvrage les résultats obtenus et l'interprétation des images normales et pathologiques ainsi que les renseignements que peut fournir l'observation radioscopique des ventricules injectés suivant les diverses positions du sujet et l'étude de l'évacuation du produit.

Cet « Atlas Iodoventriculographique », largement illustré de radiographies, de schémas et de photographies des pièces anatomiques correspondantes, passe successivement en revue les tumeurs de l'épiphyse, des tubercules quadrijumeaux, du 4e ventricule, des hémisphères cérébelleux, les arachnoïdites postérieures, etc.

Ce travail considérable ne peut se prêter à l'analyse. Il constitue un chaud plaidoyer pour une méthode généralement mal connue et encore discutée mais dont l'intérêt neuro-chirurgical mérite d'être souligné.

J. MIALARET.

REVISTA SUD-AMERICANA DE ENDOCRINOLOGIA, INMUNOLOGIA Y QUIMIOTERAPIA

(Buenos-Aires)

Jose Juan Maroni. ***Quelques considérations nouvelles à propos de l'intra-dermo-réaction hidatique*** (*Revista Sud-Americana de Endocrinologia y Quimioterapia*, an. 21, n° 2, 15 Février 1938, p. 100-106). — Après un bref historique de l'intradermo-réaction (i. d. r.) M. préconise la méthode de Casoni. Cette i. d. r. est certes la meilleure preuve de l'existence d'un kyste hydatique. Son application facile en pratique médicale, lui confère un succès très grand dans un pays où le kyste hydatique existe dans des proportions incroyables, si bien que devant toute *tumeur liquide* on doit le suspecter. La réaction est positive quand 10 à 15 minutes après l'injection, on voit apparaître une papule, qui grossit rapidement, entourée d'une zone d'érythème, et qu'une heure après environ se produit un œdème sous-cutané. Ces phénomènes disparaissent 48 à 72 heures après. L'œdème seul n'est pas suffisant pour affirmer que la réaction est positive.

Après avoir discuté le mécanisme de cette réaction, qui pour M. est la conséquence d'un état allergique, l'auteur énumère les séries d'expériences auxquelles il s'est livré.

Première expérience. — Après prélèvement du liquide d'un kyste hydatique humain injection à 15 malades non porteurs de kyste hydatique. Injections faites à 4 reprises, à 2 jours d'intervalle chaque. Réactions négatives. Trois malades présentent un érythème léger, sans autres signes. La séro-réaction pratiquée ensuite est négative.

Deuxième expérience. — Injection du liquide d'un kyste hydatique ovin, chez 5 malades non porteurs de kyste hydatique. Répétition : 3 fois à 15 jours d'intervalle. Réactions toutes négatives. Séro-réaction de contrôle négative.

Troisième expérience. — Avec le même liquide que précédemment, on effectue chez 3 malades, 3 injections simultanées, puis ultérieurement, une seule injection mais à deux reprises. Les premières injections furent faites à l'avant-bras droit, dans l'hypocondre droit et dorsalement du côté droit. Aucunes réaction ni séro-réaction positives.

Enfin, en répétant encore ces injections suivant quatre modalités différentes, M. parvint au même résultat.

En présence de ces faits, M. donne les conclusions suivantes : L'i. d. r. faite à un sujet non porteur de kyste hydatique ne confère pas à l'organisme la propriété de rendre positives les réactions ultérieures. La répétition de ces examens ne rendent pas positives les séro-réactions. Enfin la voie intra-dermique ne confère pas d'allergie anaphylactique à l'homme.

ROBERT CORONEL.

REVISTA MEDICA DEL ROSARIO

(Rosario)

Juan P. Pineca. ***Biopsie de la moelle osseuse. Ses applications diagnostiques et thérapeutiques*** (*Revista Medica de Rosario*, an. 27, n° 12, Décembre 1937, p. 1167-1347). — Dans une étude magistrale des applications de la biopsie de la moelle osseuse, P. passe en revue les indications de cette méthode d'histo-diagnostic.

Tout d'abord, il semble que toute affection s'accompagnant de lésions des organes hématopoïétiques relève de cette méthode d'examen, méthode susceptible en certains cas de rendre d'importants services. De même que dans l'anémie pernicieuse, dans les leucémies, la biopsie médullaire permet de différencier les formes leucémiques aiguës des aplasies médullaires. Dans les tumeurs intra-osseuses la biopsie permet de faire sûrement le diagnostic différentiel et de savoir qu'il s'agit d'une tumeur primaire ou secondaire.

D'un autre côté, la ponction sternale permet de suivre, au cours des anémies pernicieuses, des leucémies ou des myélopathies évolutives, la marche du traitement. La biopsie médullaire peut, alors qu'une hémoculture est impuissante à le faire, donner des précisions sur une culture bactériologique.

Etendant l'intérêt qu'il y a à pratiquer cette méthode, P. se demande s'il ne serait pas bon, d'un point de vue purement scientifique, d'enseignement, de pratiquer cette ponction, afin d'apporter sa contribution à l'anatomie pathologique.

La méthode de Henning (Leipzig), adoptée par P., est considérée par ce dernier comme une méthode facile et d'application courante en pratique journalière.

ROBERT CORONEL.

BRASIL MEDICO

(Rio-de-Janeiro)

L. de Salles Gomes, L. P. Baretto Netto, J. P. de Carvalho Lima. ***Sur 2 cas d'empyème d'origine éberthienne, observés à Sao-Paulo*** (*Brasil Medico*, An. 52, n° 8, 19 Février 1938, p. 203-205). — Les complications pulmonaires, d'origine éberthienne, sont choses assez rares au cours de la typhoïde. S. G., B. N. et C. L. furent amenés à en observer deux cas, qui se traduisirent par des collections purulentes de la plèvre gauche. L'empyème fit, d'ailleurs, une apparition tardive, deux mois environ après le début de la maladie, qui revêtit, à chaque fois, une allure grave. Le premier cas fut déjà publié par le professeur Correa Netto et A. Finocchiaro; le second, chez une malade enceinte, provoqua un avortement et fut en tous points semblable au précédent.

L'origine de cet empyème fut confirmée par l'examen du liquide pleural, qui décela la présence de bacilles d'Eberth, en quantité considérable, vivant à côté de colonies de staphylocoques dorés. Une seconde ponction ultérieure, chez cette malade, confirma la prédominance de bacilles d'Eberth, mais cette fois les staphylocoques avaient disparu, faisant place à des *B. Coli* et *Proteus*.

Les cas cités dans la littérature montrent une date d'apparition de l'empyème très variable. Dans les cas de S. G., B. N. et C. L. : deux mois; mais cette apparition peut quelquefois être le signe prémonitoire de l'affection éberthienne.

S. G., B. N. et C. L. pensent que la pathogénie de ces complications peut s'expliquer par le cheminement de l'infection, empruntant la voie lymphatique et s'étendant à tout l'organisme.

S. G., B. N. et C. L. citent plusieurs traitements, mais ne s'arrêtent qu'au traitement chirurgical, qui leur a donné, en l'occurence, de très bons résultats et sur lequel ils se proposent de revenir dans un autre article.

ROBERT CORONEL.

T. Martins, J. R. do Valle et A. Porto. ***Influences des hormones sexuelles sur la motilité et réactions pharmacologiques des canaux déférents et des vésicules séminales*** (*Brasil Medico*, An. 52, n° 9, 26 Février 1938, p. 225-229). — Après avoir poursuivi leurs recherches sur 140 organes (canaux différents et vésicules séminales) de rat, M., V. et P. concluent au contrôle de ceux-ci par les hormones sexuelles.

Les expériences portèrent, d'une part sur des rats castrés, et d'autre part sur des rats normaux. La contractilité et les réactions aux diverses substances employées furent étudiées *in vitro*. Les vésicules séminales et les canaux déférents d'animaux castrés, dans le milieu de Locke, sont plus sensibles aux excitants, et plus particulièrement aux excitants parasympathiques (pilocarpine, ésérine, acétylcholine, etc.). Alors que ces organes se contractent spontanément sous l'influence de ces drogues, les vésicules séminales et les canaux déférents d'animaux non castrés ne présentent pas d'automatisme.

D'autre part, les réactions des organes de rats normaux ont toujours un caractère *tonique*, tandis que les organes d'animaux castrés sont le siège de contractions rythmées, sans résidu tonique.

L'hormone folliculaire stimule la contractibilité des déférents, et a sur ceux-ci une action d'excitation exagérée sur les organes de rats castrés. La progesteron n'a pas, à doses normales, d'action inhibitrice.

Le testosteron et son propionate ont une action inhibitrice, puisqu'ils rétablissent le rythme normal des contractions.

En résumé, il semble donc que les vésicules séminales et les canaux déférents soient sous l'action des hormones sexuelles, les hormones testiculaires ayant une action inhibitrice, les hormones œstrogènes une action excitante.

ROBERT CORONEL.

A. B. de Oliveiro. ***La défense thoracique dans les empyèmes. Son équivalence avec la défense abdominale dans les péritonites. Sa signification et sa fréquence*** (*Brasil Medico*, An. 52, n° 10, 5 Mars 1938, p. 247-255). — Il se produit au cours

des empyèmes, des déformations thoraciques Celles-ci ont été décrites par les classiques, Et. Sergent, en particulier, écrit : « La paroi costale peu modifiée dans les petits épanchements, s'arrondit. bombe, les côtes se relèvent, de sorte que l'hémithorax paraît élargi, la cyrtométrie et la radiologie sont d'accord ».

Ces notions classiques, trop souvent présentes à la mémoire du praticien, se révèlent, du moins dans un certain nombre de cas, fausses. Les rétractions, peu citées dans la littérature médicale, sont considérées comme des exceptions.

Dans une série d'observations, prises par B. de O. dans son service, il a constaté que la règle générale au contraire est la rétraction. Sur 11 cas, B. de O. a observé 5 empyèmes avec rétraction accentuée, 4 empyèmes avec rétraction légère et les deux derniers cas sans rétraction. Ceci a été cliniquement et radiologiquement contrôlé et des mensurations précises ont été faites. Biologiquement B. de O. compare cette rétraction thoracique à celle qui se produit au cours des péritonites aiguës. En effet cette rétraction s'accompagne d'une immobilité de la paroi, et cette immobilité a la signification d'une attitude de défense réflexe. Pour cette raison B. de O. propose d'appeler ce phénomène : *défense thoracique*.

B. de O. explique cette défense thoracique par l'activité expiratoire des muscles intercostaux dont la résultante fonctionnelle s'oriente dans un même sens grâce à son intégration par les muscles auxiliaires de la base du thorax. Ces muscles interviennent et agissent grâce à l'abaissement du seuil d'excitation, dû à l'inflammation de la séreuse.

ROBERT CORONEL.

REVISTA BRASILEIRA DE TUBERCULOSE
(Rio-de-Janeiro)

F. Parodi. ***La circulation sanguine pulmonaire au cours du pneumothorax*** (*Revista Brasileira de Tuberculose*, an. 7, vol. 7, n° 47, Janvier 1938, p. 131-169). — La question de la circulation sanguine fut soulevée dès l'origine de l'application du pneumothorax en thérapeutique, à l'époque de Forlanini. De nombreux travaux sur cette question ont été entrepris tant en France qu'à l'étranger. Ces recherches ont montré que l'absorption oxygénée était fonction du volume de ventilation ; de ce fait il ressort que dans la plupart des cas l'absorption d'O^2 augmente lorsque le poumon malade est le siège d'un pneumothorax dont la pression est inférieure à celle de l'air extérieur. Ce qui semblerait démontrer que le poumon soumis à un pneumothorax non hypertensif aurait une meilleure circulation. Cependant P. pense que pour arriver à une exacte compréhension de la circulation sanguine il convient d'étudier de près les phénomènes physiques pulmonaires. Sans circulation, il n'y a pas d'irradiation calorique, et, afin de connaître les variations de circulation, il convient d'étudier les variations de température du poumon.

C'est ainsi que P. a observé que tout poumon malade a une température plus basse que celle du poumon normal, et que cette baisse est plus marquée selon le degré de la lésion. Cette baisse calorique est due à une circulation déficiente, provoquée par l'artérite oblitérante, processus qui accompagne habituellement la tuberculose.

Les variations de circulation pulmonaires ne dépendent pas uniquement du pneumothorax. L'élasticité du poumon et sa circulation initiale sont des facteurs importants sur lesquels le pneumothorax exerce des effets variables. Le poumon plus élastique supporte mieux les pressions fortes et n'accuse pas de variations circulatoires sensibles.

La température du poumon malade, nous l'avons dit, est inférieure à celle du poumon normal. Tout poumon malade dont la température atteint progressivement la température normale (qui oscille autour de 36°5) peut être considéré comme guéri. Pour amener le poumon à la température normale, le pneumothorax doit avoir une tension moindre que celle de l'air. La clinique a montré que le contraire est dangereux et dans ces cas l'on assiste parfois, lorsque le pneumothorax est hypertensif, à un abaissement de température grave. Le degré optimum de collapsus est fonction de l'élasticité pulmonaire, de la superficie circulatoire encore intacte et du tonus réflexe vaso-moteur.

ROBERT CORONEL.

R. Almeida Pintos. ***Pneumothorax différé et cure de repos*** (*Revista Brasileira de Tuberculose*, an. 7, vol. 7, n° 47, Janvier 1938, p. 177-190). — Sans méconnaître l'utilité du pneumothorax artificiel comme agent thérapeutique dans la tuberculose pulmonaire, P. s'élève contre sa trop grande généralisation et contre l'application systématique de ce procédé. Il ne faut pas oublier que le pneumothorax, s'il est un agent de curation est aussi un phénomène pathologique et en tant que tel sujet à complications. Quoi qu'il en soit, P. pense qu'il vaut mieux dans bien des cas différer un pneumothorax afin de ne l'appliquer qu'au moment opportun. Ce moment est conditionné par la clinique et les examens de laboratoires, la radiologie et surtout l'expérience personnelle. De toute façon le pneumothorax, qui est au premier rang des facteurs thérapeutiques, doit être pratiqué avec circonspection et au moment optimum pour son succès. A l'appui de cette conception, P. relate deux observations de malades atteints de cavernes. Le premier, après un séjour d'un mois environ à la campagne, et une cure de repos pendant laquelle on ne fit que stimuler ses défenses organiques, vit disparaître sa caverne. Deux mois après, le parenchyme était net de toute trace bacillaire. Même processus de guérison chez le second malade. Ces deux patients, dont les lésions relevaient du pneumothorax, ont guéri par une simple cure de repos.

ROBERT CORONEL.

SURGERY, GYNECOLOGY and OBSTETRICS
(Chicago)

A. G. Miller (Hobart-Indiana). ***La période fertile en pratique : étude clinique de 5 ans*** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. 66, n° 4, Avril 1938, p. 723-732). — Une étude clinique poursuivie pendant 5 ans et portant sur 480 femmes a été faite par les auteurs pour déterminer les périodes fertiles et stériles. Cette étude confirme définitivement la valeur de l'examen précis des règles comme mode de diagnostic précoce du fonctionnement normal de l'appareil génital de la femme.

Elle montre que l'ovulation a un rapport déterminé dans le temps avec la première menstruation qui la suit et que cet intervalle est de 14 jours. Etant donné que l'ovulation survient 14 jours avant les règles, que l'ovule ne peut être fécondé que pendant les 12 heures qui suivent son issue du follicule et que le pouvoir fécondant des spermatozoïdes dans le tractus génital de la femme n'excède pas 24 à 36 heures, il est facile de calculer la période de fertilité de la femme, qu'on peut évaluer à 5 jours; le jour de l'ovulation, les 2 jours précédents pendant lesquels les spermatozoïdes peuvent rester vivants, enfin 1 jour avant et 1 jour après ces 3 jours pour éviter toute erreur.

La régularité, la durée et les caractères des périodes menstruelles de la femme normale varient continuellement entre un maximum et un minimum de jours. Il en résulte que la période fertile n'est pas absolument fixe; mais en admettant les variations habituelles de 26 à 30 jours du cycle menstruel, la période fertile pourrait aller du 8e au 22e jour du cycle suivant la longueur de celui-ci. Quel que soit le rythme du cycle menstruel, le rapport entre l'ovulation et la menstruation reste invariable.

Des études de M., il résulte que pendant ces trois dernières années, il n'y a pas eu une erreur sur plus de 30.000 cohabitations.

En pratique, il faut demander à la femme un état établi au moment voulu des dates des 6 ou 8 dernières périodes menstruelles. On détermine la variabilité entre les plus longs et les plus courts cycles menstruels. Il convient d'examiner la femme pour éliminer les maladies des organes pelviens et les corriger s'il est nécessaire.

On pourra ainsi donner à la femme un calendrier individuel aussi exact que possible des périodes de fertilité et de stérilité.

M. GUIBÉ.

ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE
(Chicago)

E. Rose et **H. U. Hopkins.** ***L'association de l'hyperthyroïdie et de la tuberculose pulmonaire*** (*Archives of internal Medicine*, t. 61, n° 4, Avril 1938, p. 631-646). — Les rapports entre la thyroïde et la tuberculose ont depuis longtemps retenu l'attention des médecins. R. et H. passent en revue les travaux parfois assez contradictoires parus sur la question et apportent leurs vues personnelles basées sur l'histoire de 23 patients chez lesquels coexistaient hyperthyroïdie et tuberculose.

De leurs observations se dégagent les conclusions suivantes :

L'administration d'iode à des malades présentant des symptômes de thyrotoxicose et atteints de tuberculose pulmonaire ne tend pas à provoquer d'exacerbation immédiate ou d'extension de la tuberculose.

Les tuberculeux pulmonaires supportent bien d'ordinaire les opérations sur la thyroïde.

La coexistence de tuberculose pulmonaire n'assombrit pas les perspectives de succès du traitement (irradiation ou opération) de l'hyperthyroïdie.

L'amélioration de l'hyperthyroïdie ne paraît pas influencer favorablement le pronostic chez les patients présentant une tuberculose pulmonaire associée en activité.

On peut rencontrer le tableau clinique de l'hyperthyroïdie, sans modifications anatomiques caractéristiques de la thyroïde, chez des sujets atteints de tuberculose pulmonaire évolutive. R. et H. pensent que la toxine tuberculeuse, en stimulant la thyroïde, peut réaliser la symptomatologie de l'hyperthyroïdie sans produire les lésions histologiques caractéristiques du goitre toxique.

P.-L. MARIE.

THE JOURNAL
of EXPERIMENTAL MEDICINE
(Baltimore)

S. C. Madden, W. E. George, G. S. Waraich et **G. H. Whipple.** ***Régénération des protéines du plasma ; influence du jeûne, de l'infection et des facteurs alimentaires. Réserves variables de matériaux servant à l'élaboration des protéines du plasma chez le chien*** (*The Journal of experimental Medicine*, t. 67, n° 5, Mai 1938, p. 675-690). — Quand on soustrait des protéines au plasma par des saignées suivies de réinjection des globules rouges lavés, ce qui constitue la « plasmaphérèse », il est possible de réaliser chez le chien un état constant d'hypoprotéinémie et une production uniforme de protéines avec une alimentation de base pauvre en protéines. Ces chiens sont cliniquement normaux, doués d'un appétit normal, ayant un métabolisme azoté normal et ne présentant pas d'anémie. Ces chiens deviennent des

animaux d'épreuve grâce auxquels on peut étudier divers facteurs en rapport avec la production des protéines du plasma.

Le chien normal, de 10 kg. environ, possède une réserve substantielle en matériaux concourant à l'édification des protéines plasmatiques; elle atteint 10 à 60 g. et elle demande 2 à 6 semaines de plasmaphérèse pour être épuisée complètement. Après cette période, le chien produira chaque semaine des quantités uniformes de protéines plasmatiques s'il est soumis à une alimentation de base fixe.

Des chiens rendus hypoprotéinémiques par plasmaphérèse qu'on laisse ensuite revenir à la normale durant une longue période de repos atteignant de nombreuses semaines, peuvent présenter des accumulations de réserves de matériaux servant à l'édification des protéines plasmatiques bien plus grandes au cours des périodes suivantes de soustraction des protéines plasmatiques.

Dans des conditions uniformes d'alimentation hypoazotée, si on cesse la plasmaphérèse pendant 15 jours, le matériel servant à l'édification des protéines plasmatiques est emmagasiné quantitativement dans l'organisme et peut ensuite être récupéré pendant les 2 ou 3 semaines suivantes de plasmaphérèse.

Si l'on épuise complètement les dépôts de réserve de matériaux servant à l'édification des protéines plasmatiques, le chien peut produire vraiment très peu (2 g. environ par semaine) de nouvelles protéines plasmatiques avec un régime dépourvu d'azote; cette petite quantité peut être rapportée à l'usure des protéines de l'économie et à la conservation de leurs produits de désintégration.

La production d'abcès chez un chien vidé de protéines durant une période de jeûne peut amener un certain excès dans la production des protéines plasmatiques qui est probablement en rapport avec les produits de la destruction des tissus conservés pour l'élaboration des protéines.

La gélatine seule ajoutée à l'alimentation de base provoque une très petite production de protéines plasmatiques, mais, si on l'additionne de tryptophane, on constate une grosse élaboration de protéines, alors que le tryptophane à lui seul se montre inerte.

P.-L. Marie.

NEDERLANDSCH TIJDSCHRIFT VOOR GENEESKUNDE
(Amsterdam)

H.-R. Van der Molen. ***L'électrencéphalogramme sous l'influence du gaz hilarant, selon la méthode de Minnitt pendant l'accouchement*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. 82, n° 4, 22 Janvier 1938, p. 379-382). — L'administration de protoxyde d'azote selon la méthode de Minnitt pendant l'accouchement normal, provoque une analgésie que M. a cherché à expliquer en procédant à l'enregistrement de l'électrencéphalogramme.

Cette analgésie obstétricale est déterminée par l'inhalation intermittente d'un mélange de 35 pour 100 de protoxyde d'azote et de 65 pour 100 d'air atmosphérique. Il résulte de là une sorte d'ivresse sans aucun phénomène d'excitation et accompagnée d'une insensibilité plus ou moins profonde.

L'électrencéphalogramme normal, pris au repos, inscrit des ondes dont la fréquence est de 10 à 15 par seconde (onde α) avec une amplitude d'environ 1/20 millivolt. Au cours du travail intellectuel et pendant la vision consciente, la courbe se transforme et les ondes α font place à des ondes plus fréquentes, d'amplitude moindre et encore incomplètement analysées. Un troisième type de courbe, obtenu dans l'anesthésie par l'éther, le chloroforme, la morphine-scopolamine, correspond à une intoxication des cellules cérébrales: les ondes α sont remplacées par des ondes β très fréquentes et très petites. Un quatrième type est constitué par l'apparition d'ondes α groupées avec fortes variations de la tension et s'observe dans divers états comme le sommeil, l'obnubilation, l'anesthésie générale légère, l'hypnose, le sommeil hypoglycémique de Sakel, etc. C'est à cette dernièère catégorie qu'appartiennent les électrencéphalogrammes obtenus au cours des anesthésies par le gaz hilarant pendant l'accouchement. Dans les trois cas qui ont été examinés à ce point de vue, on a toujours constaté un type de ce genre.

En somme, on peut admettre d'une façon schématique que l'électrencéphalogramme traduit une double action de l'anesthésique: une action toxique qui réduit ou fait disparaître les phénomènes électriques dans les cellules de l'écorce en provoquant un sommeil profond (éther, chloroforme, morphine-scopolamine) et en second lien des phénomènes plus fugitifs qui peuvent être interrompus à chaque instant (protoxyde d'azote, insuline, évipan). Il n'est pas d'ailleurs impossible que la question de doses qui n'a pas été examinée, intervienne en pareil cas. En tout cas, au début de l'anesthésie par l'éther où il existe un état d'ivresse analgésique, il est possible qu'on rencontre une disposition en groupe.

Ces constatations permettent de comprendre que le protoxyde d'azote détermine des phénomènes très analogues à ceux qui sont observés en état d'hypnose et par conséquent tout à fait inoffensifs. On a donc là une méthode d'atténuer les douleurs de l'accouchement sans inconvénient et fugitive, au point de pouvoir être interrompue à chaque instant.

P.-E. Morhardt.

ANNALI ITALIANA DI CHIRURGIA
(Naples)

A. Biasini (Parme). ***Contribution à l'étude de la soi-disant botryomycose humaine*** (*Annali Italiani di chirurgia*, vol. 16, fasc. 2, Novembre 1937, p. 887-901). — B., après avoir exposé les nombreuses théories pathogéniques et étiologiques, apporte trois observations personnelles complètes au triple point de vue clinique, bactériologique et anatomopathologique. Il en conclut qu'il s'agit de « granulomes à apparences pseudo-néoplasiques ».

J. Assali.

POLSKA GAZETA LEKARSKA
(Lwow)

Z. Drohocki. ***Echo électrique dans l'écorce cérébrale*** (*Polska Gazeta Lekarska*), t. 17, n° 1, 2 Janvier 1938, p. 12). — En rapport avec les travaux sur l'électro-production de l'encéphale, D. enregistre les constatations personnelles suivantes: à certains moments, deux points différents de l'encéphale présentent des tableaux électro-encéphaliques analogues et même identiques. Il s'agit de l'écho électrique. Fugace à l'état de veille, plus long et plus généralisé pendant la narcose, cet état apparaît avec une intensité différente suivant l'espèce animale et la nature de l'anesthésique. Cette constatation permet de supposer qu'en divers points de l'écorce ayant une structure différente existent néanmoins des éléments structuraux analogues ayant un pouvoir électrique et, probablement, un pouvoir fonctionnel comparables. La narcose aboutit à l'inhibition toxique des éléments plus différenciés et de structure différente. Seuls demeurent actifs les éléments structuraux moins sensibles et communs à tous les points encéphaliques.

Fribourg-Blanc.

L. Elmer. ***Traitement du diabète par l'insuline protaminique*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. 17, n° 1, 2 Janvier 1938, p. 9 et n° 2, 9 Janvier 1938, p. 28). — E. expose l'action et les avantages thérapeutiques de l'emploi de l'insuline protaminique. Il constate que l'insuline protaminique possède une action plus durable surtout lorsqu'elle est associée avec le zinc. Les avantages de cette association sont appréciables. Ainsi les injections deviennent moins nombreuses, l'alimentation du malade est plus facile, en raison de la possibilité de l'administration des hydrocarbones en quantité plus abondante, enfin les accidents hypoglycémiques sont plus rares. Dans les cas plus graves, une seule injection d'insuline protaminique peut être insuffisante; elle doit être renouvelée ou associée à l'emploi de l'insuline ordinaire. Le mode de traitement doit être réglé pour chaque cas particulier. Dans les cas de diabète très sévère avec acidose et menace de coma, E. conseille de commencer le traitement par l'insuline ordinaire et de recourir à l'insuline protaminique pour compléter le traitement.

Fribourg-Blanc.

Prof. T. Wasowski et priv. doc. Mlle **J. Hurynowicz.** ***Les modifications de la chronaxie vestibulaire chez les lapins sous l'influence d'excitants caloriques*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. 17, n° 13, 27 Mars 1938, p. 250). — Sur 27 lapins W. et H. étudient l'excitabilité vestibulaire à l'égard des excitants caloriques à l'aide des irrigations de l'oreille avec l'eau chaude et froide. Ces investigations expérimentales donnent lieu aux constatations suivantes: 1° L'excitation du système vestibulaire produite par l'eau froide ou chaude provoque une augmentation de l'excitabilité des trois réactions vestibulaires (déviation du globe oculaire, inclinaison de la tête et nystagmus). 2° Pour l'eau froide, l'accroissement est plus accentué pour le nystagmus (32,8 pour 100), moindre pour l'inclinaison de la tête (31 pour 100) et plus faible encore pour la déviation oculaire (20,4 pour 100). 3° L'irrigation avec l'eau chaude provoque des modifications inverses. L'élévation de l'excitabilité est plus marquée pour la déviation oculaire (abaissement de la chronaxie, 49,8 pour 100), ensuite pour l'inclinaison de la tête (29,9 pour 100) et, enfin, pour le nystagmus (12,4 pour 100).

Fribourg-Blanc.

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE
(Varsovie)

J. Nelken (Médecin Colonel). ***Humanisation de la guerre à la lumière des problèmes d'hygiène psychique*** (*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, t. 14, n° 29-30, 12 Août 1937, p. 577-579, n° 31-32, 26 Août, p. 596-597 et n° 33, 2 Septembre, p. 616-618. — A propos d'un article publié dans la *Revue Internationale de la Croix-Rouge* et consacré à l'étude de la question de l'humanisation de la guerre, N. étudie les conditions morales, politiques et juridiques de l'action collective qui a pour but de combattre et d'humaniser la guerre.

Le côté moral de l'action est envisagé selon les idées exprimées par Freud sur le désarmement psychique de l'individu, visant l'abolition du sentiment de la haine. Tâche juste, mais difficile en raison des tendances primitives profondément enracinées dans l'âme. Le côté politique paraît également inaccessible, malgré les efforts faits dans le sens de la création d'un idéal humanitaire européen. Enfin, le côté juridique du contrôle de la fabrication des armes, de l'industrie chimique, etc., est une question épineuse et pleine de contradictions. Ainsi, l'action de l'humanisation de la guerre demeure une question théorique. Par contre, la guerre aérienne et chimique, dont le danger et la certitude s'affirment avec une évidence croissante, font régresser la thèse de l'humanisation de la guerre avec laquelle elles sont en opposition absolue. Dans la guerre chimique et aérienne, le problème de l'hygiène psychique semble être à la base de la résistance effective. L'hygiène psychique se

propose d'accroître les forces morales des combattants, de l'arrière et de la nation tout entière. L'accroissement des forces morales des combattants doit être en proportion avec le perfectionnement technique des armements. La population civile doit être l'objet de mesures spéciales. Pour conclure, N. affirme que, dans la guerre future, le facteur moral aura une valeur capitale et que son influence s'étendra non seulement sur l'armée, mais sur la population entière. Dans la préparation contre la guerre éventuelle, on doit tenir compte de la préparation de la nation en cultivant sa compréhension d'esprit, d'union, de résistance et de discipline nationales.

FRIBOURG-BLANC.

H. Lukaczewsky et **D. Kagan.** ***Encéphalo-méningite varicelleuse*** (*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, t. **15**, n° 6, 10 Février 1938). — Description d'un cas de méningo-encéphalite survenu au 4e jour d'une varicelle à évolution normale chez un garçon de 12 ans. Cette complication a eu un début brutal, avec ascension thermique à 40°, avec coma, convulsions généralisées, cyanose de la face, déviation conjuguée de la tête et des yeux du côté droit, syndrome facial gauche et aréflexie. Le liquide céphalo-rachidien hypertendu contenait 1 *g*. 10 pour 1.000 d'albumine et 0,60 de sucre avec pléocytose à 30 avec prédominance de lymphocytes, réactions de Nonne-Apelt et Pandy positives. Le troisième jour, une légère détente se produisit, elle fut suivie d'une amélioration progressive et de guérison complète, bien que les céphalées à répétition aient persisté pendant une période assez prolongée.

FRIBOURG-BLANC.

J. Penson. ***L'insuline et la sclérose du système circulatoire*** (*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, t. **15**, n° 7, 17 Février 1938). — Relativement à la prédisposition créée par le diabète à l'artériosclérose, P. souligne les dangers du traitement insulinique chez les diabétiques âgés ou artérioscléreux. Les relations entre l'artériosclérose des vaisseaux coronaires et l'hyperglycémie et la glycosurie ne sont pas complètement éclaircies. Souvent, notamment dans l'infarctus du myocarde, il s'agit plutôt d'un épisode passager que d'une manifestation de diabète latent. P. a réuni 5 observations qui illustrent son opinion et enseignent une prudente réserve dans le maniement de l'insuline chez les artérioscléreux.

FRIBOURG-BLANC.

POLSKIE ARCHIWUM MEDYCYNY WEWNETRZNEJ
(Varsovie)

E. Apfelbaum et Mme **S. Chodkowska.** ***De la pathogénie des syndromes endocriniens dans la maladie de Cushing*** (*Polskie Archivum Medycyny Wewnetrznej*, t. **16**, fasc. 1, 25 Mars 1938, p. 15-49). — Etude consacrée à la pathogénie de la maladie de Cushing à propos d'un cas personnel dont A. et Ch. exposent les détails. Ils estiment que, bien que les manifestations pathologiques observées par divers auteurs aient à leur origine un adénome de l'hypophyse, elles ne sont pas toujours liées au « basophilisme » de l'hypophyse et du mésencéphale qui, dans certaines tumeurs, font défaut. Les troubles enregistrés dans divers cas d'atteinte de l'hypophyse font ressortir le rôle primordial de cet organe comme centre d'activité hormonale dans le domaine de presque toutes les glandes endocrines. Les troubles s'exercent dans trois sens différents : dyshormonal, hyperhormonal et hypohormonal. Les signes dyshormonaux intéressent principalement les syndromes hypophysaire, thyroïdien et pancréatique. Leur suractivité trouve son expression dans la sécrétion parathyroïdienne et corticosurrénalienne. Cependant que dans d'autres cas le syndrome hypophyso-surrénalien indique l'insuffisance de la production des prolans et la déficience du métabolisme des graisses.

Cette action paradoxale au point de vue biologique pourrait s'expliquer par la production des hormones antagonistes telles que l'hormone diabétogène et insulinotrope. A. et Ch. croient que l'hypophyse produit ces hormones antagonistes aussi bien dans les conditions physiologiques que pathologiques, mais en quantité inférieure à celle qu'on admet généralement et que les hormones hypophysaires peuvent subir des modifications fonctionnelles relevant des conditions pathologiques des tissus sur lesquels elles exercent leur action. En d'autres termes, la même hormone exercerait une action différente suivant la variété de sa transformation en rapport avec l'action pathochimique du tissu néoplasique.

FRIBOURG-BLANC.

A. Biernacki. ***Etude comparative des formules morphologiques de la moelle osseuse sur frottis directs et provenant de ponctions vitales*** (*Polskie Archivum Medycyny Wewnetrznej*, t. **16**, fasc. 1, 25 Mars 1938, p. 50-57). — Ayant l'occasion de profiter de nombreuses thoracoplasties, B. fait des recherches comparatives sur la morphologie de la moelle osseuse costale. Il constate que la formule morphologique du sang qui circule dans la moelle diffère de celle du sang périphérique. La différence consiste dans la présence de normoblastes et dans la richesse de polynucléaires neutrophiles. Ce sang contient moins de formes jeunes que le tissu médullaire proprement dit. De sorte que les vaisseaux médullaires apparaissent comme un réservoir de sang dont la composition serait intermédiaire entre le sang périphérique et celle du tissu médullaire. Il en résulte que la barrière médullaire se trouve non seulement à la limite du tissu et des vaisseaux, mais qu'elle s'étend également au réseau des vaisseaux médullaires proprement dits.

FRIBOURG-BLANC.

J. Fliederbaum. ***Etude expérimentale sur le rôle de la rate comme réservoir d'eau et comme glande endocrine dans le métabolisme hydrique*** (*Polskie Archivum Medycyny Wewnetrznej*, t. **16**, fasc. 1, 25 Mars 1938, p. 83-139). — Dans une étude expérimentale faite sur 18 chiens, F. constate que : les conséquences de l'ablation de la rate sont caractérisées par des troubles du métabolisme hydrique et se traduisent par la déficience du taux de l'eau et l'augmentation de sa déperdition par l'organisme. L'augmentation de la ration alimentaire et aqueuse est incapable d'empêcher la déshydratation et la perte des calories. La déperdition d'eau se fait aux dépens de la quantité d'eau résiduelle des tissus et de la peau. La quantité d'eau en circulation varie, elle peut s'accroître ou diminuer comme cela a lieu notamment dans la déshydratation prononcée. La raison de ces troubles réside d'abord dans la suppression de la fonction splénique en tant que réservoir d'eau. Les chiens splénectomisés perdent plus facilement l'eau introduite par la voie intraveineuse. Les solutions hypertoniques, les diurétiques et l'extrait du lobe postérieur d'hypophyse ont peu d'influence.

La desplénisation prouve également le rôle de la rate dans la régulation de la répartition hydrique dans l'organisme, car les oscillations de la quantité d'eau en circulation et la perte de l'eau résiduelle sont plus grandes que la capacité hydrique de la rate.

Les extraits spléniques agissent d'une façon variable et diminuent partiellement les troubles dus à la desplénisation.

Parallèlement aux troubles de l'équilibre hydrique à la suite de la splénectomie surviennent également d'autres perturbations dans le métabolisme des albumines, des graisses et des hydrocarbones.

FRIBOURG-BLANC.

J. Glatzel. ***Traitement de l'insuffisance cardiaque et de l'angine de poitrine par l'ablation totale du corps thyroïde*** (*Polskie Archivum Medycyny Wewnetrznej*, t. **16**, fasc. 1, 25 Mars 1938, p. 140-153). — Encouragé par les résultats favorables enregistrés par les auteurs américains dans l'insuffisance cardiaque et l'angine de poitrine traités par la thyroïdectomie totale, G. pratique cette intervention dans 3 cas personnels. A la suite de ces tentatives, il conclut que l'ablation du corps thyroïde chez les malades atteints d'insuffisance cardiaque et d'angine de poitrine réfractaires au traitement habituel, est une intervention dont l'efficacité est réelle et les effets surprenants, tant au point de vue objectif que subjectif. Cependant, l'intervention ne supprime pas l'origine des troubles et ne guérit pas les lésions organiques. Elle permet seulement une meilleure adaptation de l'organisme à l'activité déficiente du cœur. Certaines réserves doivent modérer l'optimisme trop absolu en raison des dangers du myxœdème et de la mortalité opératoire. La sélection des malades susceptibles de bénéficier avantageusement de cette intervention doit être entourée de soins particulièrement attentifs. Il est probable que le perfectionnement de la technique chirurgicale et la pratique de l'ablation subtotale amélioreront les résultats opératoires. Les contre-indications de l'intervention sont fournies par l'âge trop jeune des malades, par la compensation cardiaque trop réduite, par l'insuffisance rénale concomitante, par l'existence d'un processus pulmonaire évolutif et par un métabolisme basal inférieur à moins 20 pour 100. Il est possible que la pratique plus large de cette méthode permettra de résoudre certains problèmes du domaine de la physiopathologie du cœur.

FRIBOURG-BLANC.

ARCHIVOS URUGUAYOS DE MEDICINA, CIRURGIA Y ESPECIALIDADES
(Montevideo)

René-J. Baru, G. Bernarda-Duran et **J.-C. Mazza.** ***Intoxication cyanhydrique et catatonie*** (*Archivos Urugayos de Medicina, Cirurgia y Especialidades*, t. **9**, n° 5, Novembre 1937, p. 593-601). — Les suicides au cyanure de potassium, sont chose fréquente en Uruguay; aussi les médecins ont-ils souvent l'occasion d'appliquer la méthode de Ilug, lors de ces intoxications cyanhydriques. La méthode de Ilug (administration de nitrites et d'hyposulfite de soude) qui transforme d'une part, le cyanure en sulfocyanure, inactif, et qui par les nitrites a une action métahémoglobinisante, permet de sauver dans la majeure partie des cas les intoxiqués. Chez un malade, examiné et soigné, l'intoxication étant flagrante, quelques instants après sa tentative d'empoisonnement, B., B.-D. et M. eurent l'occasion de s'apercevoir que ce dernier, sorti du coma, restait dans un état catatonique. Le malade mourut d'ailleurs 78 heures après son entrée à l'hôpital.

A propos de cette observation, B., B.-D. et M. posent la question : *La catatonie cyanhydrique existe-t-elle?* Et, bien que cette observation soit unique dans la littérature médicale, ils répondent par l'affirmative. En effet, on a souvent constaté à la suite d'une telle intoxication de l'hypertonie musculaire, sans en spécifier cependant l'origine pyramidale, extra-pyramidale, catatonique. Chez le malade, observé par B., B.-D. et M., l'hypertonie catatonique s'apparentait au tétanos physiologique. De plus, existaient quelques signes pyramidaux.

Cette catatonie qui, pour B., B.-D. et M. vient à l'appui des travaux de De Jong et Baruk sur l'origine toxi-infectieuse de la catatonie, pourrait vraisemblablement donner lieu à une série d'expérimentations sur la catatonie, provoquée par le cyanure de potassium.

ROBERT CORONEL.

REVUE DES JOURNAUX

REVUE DE CHIRURGIE
(Paris)

Clavelin et **Sarroste** (Armée). ***Les pleurésies purulentes axillaires non tuberculeuses*** (*Revue de Chirurgie*, 57e année, n° 2, Février 1938, p. 85-112). — La pleurésie purulente axillaire a été exceptionnellement étudiée. Elle est cependant assez fréquente.

Elle succède aux affections pulmonaires, et il est toujours possible cliniquement de la soupçonner et radiologiquement de la localiser.

On peut observer une forme chronique latente, aseptique, que découvre la radiographie; une forme aiguë, due le plus souvent au streptocoque, qui se constitue progressivement avec une phase inflammatoire diffuse, une phase de limitation et une phase de maturité et succède à un foyer pulmonaire cortical limité, sans qu'on puisse invoquer de cause anatomique, microbienne ou thérapeutique.

Le traitement des formes aiguës consiste dans l'incision au point déclive par pleurotomie avec résection costale. Les résultats sont en général simples et excellents.

La forme chronique peut nécessiter une thoracectomie avec décortication pulmonaire. Elle laisse en général des séquelles plus ou moins importantes. Suivent 9 observations.

J. Okinczyc.

REVUE DU RHUMATISME
(Paris)

J. Cathala et **P. Auzépy**. ***Le rhumatisme scarlatin. (Etude clinique)*** [*Revue du rhumatisme*, t. 5, n° 5, Mai 1938, p. 469-486]. — Le rhumatisme scarlatin commun est une des complications les plus fréquentes et les plus vénielles de la scarlatine. A la fin de la période éruptive, et au cours de la convalescence, il est banal de voir des scarlatineux présenter une légère recrudescence fébrile et se plaindre de douleurs articulaires. La douleur est modérée, elle cède très bien aux analgésiques habituels. Après 3 à 7 jours, et avec le traitement le plus modeste, ces arthralgies cessent et tout rentre dans l'ordre. A coté de ces manifestations purement arthralgiques, il existe des synovites bénignes, spontanément résolutives, ne donnant lieu à aucune complication cardiaque et à aucune séquelle articulaire.

A côté de ces deux catégories qui représentent l'immense majorité des cas, il faut faire une place à des faits plus sérieux dans lesquels aux manifestations articulaires s'associe une endocardite plastique ayant tous les caractères de celle de la maladie de Bouillaud.

Quand les symptômes articulaires apparaissent tardivement ou au cours de la convalescence de la scarlatine, si le traitement banal ne donne pas une détente rapide et complète, il est sage de se comporter, en face de ces accidents, comme s'il s'agissait d'une maladie de Bouillaud et de prescrire du salicylate de soude à une dose suffisante.

La scarlatine ne semble pas génératrice d'endocardite, le rhumatisme scarlatin n'a rien à voir avec la maladie de Bouillaud, mais la maladie de Bouillaud, extrêmement fréquente chez les enfants, peut frapper un scarlatineux et se complique alors souvent d'une endocardite qui est rhumatismale et non scarlatineuse.

L'existence d'un rhumatisme chronique post-scarlatin ne paraît pas actuellement établie.

Robert Clément.

A. Laporte. ***Le rhumatisme scarlatin. (Essais pathogéniques)*** [*Revue du Rhumatisme*, t. 5, n° 5, Mai 1938, p. 499-510]. — Sur 2.007 cas de scarlatines, L. a vu survenir 409 fois des manifestations articulaires, soit dans 20 pour 100 des cas.

Chez les adultes (794 femmes et 283 hommes) le rhumatisme scarlatin a une fréquence moyenne de 32 pour 100, mais on le constate deux fois plus souvent chez les femmes (37 pour 100) que chez les hommes (18 pour 100).

Chez les grands enfants et les adolescents (163 filles et 124 garçons), les arthralgies de la scarlatine n'ont été constatées que dans 14 pour 100 des cas.

Au-dessous de 12 ans, le rhumatisme scarlatin a un pourcentage analogue chez les filles et chez les garçons: 4 pour 100 pour les premières, 3 pour 100 chez les seconds.

Il ne semble pas y avoir de rôle prédisposant de la fatigue et du métier. Les manifestations articulaires sont constatées le plus souvent au cours de formes moyennes ou bénignes.

Dans l'immense majorité des cas, les arthralgies sont précoces; dans plus de la moitié des cas, dès le 5e jour, il n'est pas exceptionnel de les voir précéder l'éruption.

L'endocardite, complication du rhumatisme scarlatin, est tout à fait exceptionnelle.

Sur 2.000 cas, une seule endocardite a été constatée chez une enfant de 8 ans.

Les différences si considérables de fréquence suivant l'âge et suivant le sexe permettent d'envisager l'hypothèse que ces arthralgies sont une manifestation de la toxine streptococcique au même titre que l'exanthème, réaction toxique ou protéinique dans laquelle le système neuro-végétatif jouerait un rôle important.

Actuellement, la biologie et le laboratoire ne peuvent apporter de certitude sur la pathogénie du rhumatisme scarlatin.

Robert Clément.

MAROC MÉDICAL
(Casablanca)

R. J. L. Liégeois. ***Les affections typhoïdes au Maroc*** (*Maroc Médical*, t. 18, n° 190, Avril 1938, p. 169-174). — Les affections typhoïdes ont constitué par leur fréquence et leur gravité une des plus sérieuses difficultés rencontrées par les troupes du Maroc, pendant les premières années de la pacification. En 1911, au moment de la marche sur Fez, 1/10 de l'effectif des troupes fut atteint, avec 399 décès, soit 16,15 pour 100 des malades traités. En 1912, à Fez, le taux de la morbidité s'élève à 128 pour 1.000. Depuis la généralisation de la vaccination, et les travaux d'urbanisme, la morbidité annuelle dans l'armée est voisine de 1 pour 1.000 dans les cinq dernières années et inférieure à ce chiffre en 1935. Pour l'ensemble de la population, civile et militaire, le nombre des cas déclarés par an au Maroc a passé de 985, en 1927, à 436, en 1930 et à 395, en 1935.

La mortalité pour 1.000 a été de 0,87 chez les Européens, de 0,15 pour les Nord-Africains et de 0,45 pour les Sénégalais.

Robert Clément.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Berlin)

F. E. Schmengler. ***La pleurésie exsudative primitive*** (*Klinische Wochenschrift*, t. 16, n° 50, 11 Décembre 1937, p. 1756-1761). — Dans la plupart des cas, la nature tuberculeuse de la pleurésie « idiopathique » est établie par l'apparition ultérieure d'une affection pulmonaire manifestement tuberculeuse. Cependant, il existe des pleurésies qui surviennent au cours du rhumatisme articulaire, de la néphrite, de la goutte, du scorbut, de l'angine, etc. On arrive ainsi à se demander si la pleurésie exsudative primitive n'est pas d'origine allergique et si les complications tuberculeuses observées ultérieurement ne pourraient pas être considérées comme une « deuxième maladie ».

Dans un cas concernant un adolescent de 18 ans chez qui il n'y a pas de tare tuberculeuse, mais qui présente fréquemment des inflammations des amygdales, il est survenu des phénomènes péritonitiques, pleurétiques et péricarditiques. L'examen permit de constater un exsudat pleural gauche sans bacilles et l'absence de tout foyer intrapulmonaire. La guérison fut rapide et on pensa à une polysérosite rhumatismale, mais ultérieurement on put constater qu'il s'était produit un nouvel exsudat à droite avec bacilles et que dans les deux sommets il existait un semis de foyers tuberculeux miliaires. Finalement, des phénomènes de tuberculoses pulmonaires tertiaires se manifestèrent.

La plèvre peut donc réagir parfois par des processus exsudatifs sous l'influence indirecte d'un foyer d'infection, c'est-à-dire, en dernière analyse, de l'endotoxine du bacille de la tuberculose.

Dans un autre cas, concernant un homme de 25 ans, dont le père est un tuberculeux ouvert, il a été observé d'abord un infiltrat fugitif du lobe inférieur gauche du poumon, suivi quelques mois plus tard, dans une tout autre région pulmonaire, d'une phtisie ouverte avec tendance à la fonte caséeuse. Des phénomènes de ce genre doivent être rapprochés de l' « inflammation séreuse » que Eppinger a décrite.

Les phénomènes articulaires peuvent également être dus soit à l'action directe du virus, soit à une réaction à distance, ces dernières pouvant d'ailleurs donner lieu à des lésions anatomiques profondes. Ainsi par exemple le rhumatisme de Poncet doit être considéré comme une réaction hyperergique d'un organisme sensibilisé.

Ainsi les séreuses peuvent présenter des phénomènes exsudatifs qu'on peut qualifier de rhumatismaux bien que la tuberculose soit parfois en cause. Ces sérosités exsudatives primitives supposent un état allergique déterminé. L'anatomie pathologique a pu mettre en évidence des altérations provoquées par des substances de caractères antigénique qui varient suivant que l'organisme est « normergique » ou « allergique ».

La pleurésie exsudative peut être déterminée par la structure chimique de l'anticorps et posséder ainsi une spécificité qui n'est pas inconditionnelle, mais qui dépend des conditions de l'expérience et, en particulier, de l'importance et de la quantité d'antigène qui intervient. Dans cette affection, on

MUTHIODE

SOLUTION D'IODURE DOUBLE DE BISMUTH ET DE SODIUM

TRAITEMENT

par INJECTIONS INTRA-MUSCULAIRES de la SYPHILIS A TOUTES SES PÉRIODES et des SCLÉROSES PARENCHYMATEUSES ET VASCULAIRES

Ampoules de 2 cc. pour Adultes — En boîtes de 12 ampoules — Ampoules de 1 cc. pour enfants.

Laboratoires LECOQ & FERRAND, 14, rue Aristide-Briand, LEVALLOIS Près Paris



Acide Phénylquinolique 2 carbonique 4

de fabrication française

ANALGÉSIQUE
ANTITHERMIQUE
ANTIPHLOGISTIQUE

Sans action nocive sur le foie le cœur ou les reins, non toxique.

POSOLOGIE

1 à 6 cachets ou comprimés par jour (0gr.50 de Tophol par cachet).

Littérature et échantillons sur demande
LABORATOIRES TOPHOL
3, rue Condillac, Grenoble (Isère)

RHUMATISME
SCIATIQUE
GOUTTE
GRAVELLE
LUMBAGO

AMPOULES BUVABLES de 10 cc
La boîte de 10 Ampoules 16 Frs.

UNE CONCEPTION NOUVELLE EN OPOTHÉRAPIE

1 à 3 AMPOULES PAR JOUR
La boîte de 10 Ampoules 16 Frs.

GLOBEXINE

ANEMIES. CROISSANCE
ETATS INFECTIEUX
LES ANALBUMINES

EXTRAIT AQUEUX TOTAL DU GLOBULE SANGUIN PRIVÉ DE SES ALBUMINES

LABORATOIRE DES PRODUITS SCIENTIA
21, rue Chaptal. Paris. 9e

MISERE PHYSIOLOGIQUE
GROSSESSE. HEMORRAGIES
LES ANALBUMINES

constate que, souvent, il y a eu sensibilisation réitérée par un antigène déterminé qui peut être le bacille de la tuberculose, une infection focale dentaire ou une pharyngite. Enfin, il est démontré que, dans ces phénomènes, il intervient une réaction antigène-anticorps. Il semble, d'ailleurs, d'après les recherches récentes, que les réactions allergiques soient dues à la protéine de la tuberculine et les réactions tissulaires productives à un phosphatide isolé du bacille de Koch.

P.-E. Morhardt.

Niro Endo. ***Action diurétique de la corticosurrénale*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **17**, n° 3, 15 Janvier 1938, p. 89-91). — E. donne deux observations de sujets atteints d'œdème néphrotique. Dans ces deux cas, l'administration d'une préparation de corticosurrénale a eu une action diurétique frappante. Dans le premier cas, on a ainsi réalisé, après plusieurs mois de thérapeutiques diverses infructueuses, une déshydratation rapide et complète en même temps qu'amélioré les fonctions rénales. Le deuxième cas a très bien réagi sous l'influence de ce traitement; en quelques jours, l'œdème disparut très facilement, mais l'hydropisie reparut bientôt et une péritonite diffuse emporta le malade.

La raison qui a amené à employer l'extrait de corticosurrénale est que certains gynécologues ont attribué les toxicoses de la grossesse à une hyperfonction de l'hypophyse, l'administration de corticosurrénale qui est un antagoniste de l'hypophyse, ayant une action très favorable sur ces états. Or, la néphrose présente des points communs avec l'éclampsie et notamment des troubles fonctionnels du système hormonal, de telle sorte que, théoriquement, on pouvait espérer un effet satisfaisant de l'administration d'extrait de corticosurrénale.

Des recherches expérimentales ont d'ailleurs montré que cet extrait a une influence régulatrice importante sur les échanges hydriques; l'insuffisance de la corticosurrénale entraîne une déshydratation du sang par augmentation de la perméabilité des capillaires; en même temps, le chlorure de sodium passerait dans les tissus dont la tendance à l'imbibition serait ainsi augmentée. On n'a cependant pas décrit d'altération de la corticosurrénale dans les néphroses. Néanmoins, dans cette maladie, l'œdème doit être attribué à un trouble des fonctions cellulaires dans lequel la corticosurrénale intervient.

Chez ces malades, il a été également administré des préparations de vitamines B conformément aux conceptions de Verzar. Les extraits de corticosurrénale ont des effets secondaires: augmentation de la pression du sang, céphalée, nausée, irritabilité anormale à l'égard du bruit, symptômes que les hypnotiques (luminal) firent rapidement disparaître.

P. Grumbrecht. ***La mort du fœtus par l'hormone thyrotrope de l'hypophyse*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **17**, n° 7, 12 Février 1938, p. 233-235). — D'après certains auteurs, l'hormone thyrotrope serait capable d'agir à travers le placenta pour stimuler la thyroïde du fœtus (Döderlein). Mais d'autres auteurs (Schittenhelm et Eisler, Aron) n'ont pas fait de constatations du même genre. G. et L. ont entrepris des recherches pour arriver à une conclusion précise. Comme animaux d'expérience, ils ont utilisé des cobayes et des rats gravides auxquels ils ont injecté 100 unités-souris d'hormone thyrotrope par jour pendant 6 à 15 jours. L'état général des femelles gravides a été très peu modifié par ces doses d'hormone, néanmoins, on a constaté une augmentation de la chute des poils et un état craintif ainsi que l'absence d'augmentation de poids observée normalement dans ces conditions. L'examen des viscères pratiqué après le sacrifice des animaux — auquel il a été toujours procédé quand on a constaté une perte de sang vaginale ou une diminution de poids brusquement survenue pendant la nuit — a montré l'absence de modifications morphologiques du foie, des surrénales et de l'hypophyse. Les ovaires étaient augmentés de volume et présentaient plusieurs corps jaunes. Les thyroïdes étaient augmentés de poids et leur épithélium avait proliféré, en même temps que la colloïde colorable avait été résorbée, ensemble de phénomènes qui témoignaient d'une basedowification.

Chez les fœtus, le cœur, le foie, les reins étaient normaux. Mais comme la thyroïde de fœtus présente normalement des symptômes d'activité exagérée, on ne saurait déterminer avec précision les effets de l'hormone thyrotrope injectée. On peut songer à expliquer cette absence de réaction caractérisée par le fait que l'hormone thyroïdienne ou la thyroxine rendent la glande thyroïde moins sensible pour l'hormone thyrotrope. Ainsi l'hormone thyrotrope, en faisant sécréter davantage l'hormone thyroïdienne maternelle, empêcherait la thyroïde fœtale de présenter des signes d'activité anormale.

En injectant de la thyroxine à des femelles gravides, on a pu déterminer l'apparition chez les fœtus des signes caractéristiques montrant que ce corps avait effectivement traversé le placenta.

Il a été constaté de plus que l'hormone thyrotrope abrège la durée de la gravidité chez les cobayes et tue les fœtus. Il est possible qu'il s'agisse là, en dernière analyse, d'une intoxication par la thyroxine.

P.-E. Morhardt.

Max Dahm. ***La question de l'antipéristaltique de l'œsophage*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **17**, n° 10, 5 Mars 1938, p. 347-350). — On a souvent remarqué qu'au-dessus d'une sténose de l'œsophage, la péristaltique était vive et on a même admis qu'il y avait, en pareil cas, antipéristaltique nette, capable de faire remonter vers la bouche, les aliments qui se trouvent arrêtés par le rétrécissement. L'examen kymographique de l'œsophage a permis d'analyser de près ces phénomènes. Pour arriver à un résultat facile à interpréter, il faut que les illuminations aient une durée déterminée. On voit alors bien la succession des dépressions et la direction des ondes. Dans ces conditions, on n'observe pas, en cas de sténose, que les ondes montent de bas en haut. Les phénomènes sont beaucoup plus complexes. Chez un homme de 59 ans, présentant une dilatation de l'œsophage par cancer, on a constaté que la bouillie opaque, qui s'était accumulée dans la dilatation, remontait brusquement, mais ne passait qu'en très petite quantité dans l'estomac. Le rétrécissement de la colonne opaque ainsi constaté se reproduisait à plusieurs reprises, interrompu par des périodes de dilatation de l'organe.

Les ondes sont, en cas de sténose, plus profondes que les ondes normales. La vitesse de propagation est la même dans les deux cas. Mais l'onde péristaltique de sténose serait très longue; elle mesurerait presque 20 *cm*. Sur le kymogramme, on peut suivre une onde dirigée vers le cardia, ayant pour effet de rétrécir le segment inférieur et de remplir de bouillie le segment supérieur. Le tonus de l'œsophage joue, en pareil cas, un rôle important. Des faits du même genre ont pu être observés dans un cas d'ulcère de l'œsophage. On constatait régulièrement une longue onde circulaire descendante qui faisait remonter la bouillie arrêtée par le rétrécissement et jamais on ne constatait d'antipéristaltique.

Une expérience simple avec un tube de caoutchouc permet de reproduire exactement la régression du contenu vers le haut en faisant glisser tout du long un anneau.

P.-E. Morhardt.

Cornelius Dienst. ***Processus de régulation dans le sommeil et dans la douleur*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **17**, n° 11, 12 Mars 1938, p. 380-382). — L'administration de 20 *g*. de sucre à jeun augmente la glycémie en provoquant de la céphalée, puis abaisse le sucre du sang en même temps qu'il apparaît une sensation de faim plus ou moins vive et un besoin de sommeil.

Le sommeil et la douleur ainsi provoqués ont été particulièrement étudiés par D. En examinant la courbe de la glycémie, on constate que le sommeil débute pendant que le sucre du sang s'abaisse. Il en est toujours ainsi même dans le sommeil spontané, voire facilité par un hypnotique. Cependant les anesthésiques ont une action inverse à cause de l'acidose qu'ils provoquent. D'ailleurs, l'acidose s'accompagne très généralement d'une augmentation du sucre du sang et inversement. De nombreuses fonctions du système nerveux végétatif comme, par exemple, la sécrétion urinaire ou la composition du sang et la régulation de la respiration, dépendent de l'équilibre acide-base. On pourrait donc admettre que le sommeil est en relation avec la réserve alcaline et l'état de la réactivité végétative. On arrive ainsi à considérer que le sommeil s'accompagne d'une tendance à l'alcalose avec vagotonie et hypoglycémie. Pendant la journée, par contre, la formation de déchets acides entraînerait une tendance à l'acidose accompagnée de sympathicotonie et d'hyperglycémie.

Les maux de tête se font sentir aussi bien pendant l'élévation que pendant l'abaissement du sucre du sang. On remarque d'ailleurs que la douleur survient quand il y a désaccord entre les deux courbes (abaissement de la réserve alcaline et augmentation du sucre du sang), c'est-à-dire quand, du fait de corrélations multiples, survient un trouble de l'équilibre, une « dysharmonie du système nerveux végétatif », un « trouble de l'équilibre acide-base », de l' « hyperinsulinisme », etc.

D. admet qu'il s'agit en pareil cas d'un trouble dyscrasique de la régulation. On sait, d'ailleurs, que la céphalée est sous la dépendance des vaisseaux cérébraux qui sont alors soit dilatés, soit contractés, du fait d'une modification dans le système endocrinien ou dans l'équilibre acide-base.

Chez le chien, on arrive, en provoquant de la douleur par pincement de l'oreille, à provoquer des courbes du sucre du sang et de la réserve alcaline, très analogues à celles qui ont été observées chez l'homme du fait de l'administration du sucre.

P.-E. Morhardt.

Mansfeld et **Josef Sos.** ***Les relations de la glande thyroïde et de l'anémie pernicieuse*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **17**, n° 11, 12 Mars 1938, p. 386-389). — Les recherches antérieures de M. et S., qui avaient pour but d'étudier les effets sur le métabolisme du manque de O_2, avaient établi que cette insuffisance n'augmente la désintégration des protéines que si la thyroïde est active. De plus, l'insuffisance de O_2 entraîne une augmentation de l'activité de la thyroïde qui, elle, a pour conséquence précisément cette augmentation des échanges protéiniques. D'autres recherches avaient antérieurement montré que les effets des climats d'altitude sur l'hématopoïèse ne s'observent que chez les animaux dont la glande thyroïde est intacte. Ces acquisitions ont amené à se demander si la thyroïde joue un rôle dans la pathogénie de l'anémie pernicieuse et dans les effets du principe antipernicieux. Chez les lapins préalablement traités par des injections de saponine et de collargol qui provoquent un état semblable à l'anémie pernicieuse, l'injection d'une préparation antipernicieuse détermine une crise réticulocytaire, avec augmentation des globules rouges proportionnelle aux doses injectées. Cet effet est le même, que la préparation soit faite avec des foies d'animaux normaux ou thyroïdectomisés.

Par contre, les préparations d'origine hépatique,

qui agissent parfaitement chez des lapins normaux, échouent complètement chez des animaux thyroïdectomisés. Il en est tout autrement avec des préparations d'origine gastrique qui agissent aussi bien chez les animaux normaux que chez les animaux thyroïdectomisés. Ainsi, le principe hépatique, qui doit pour agir, être activé par la thyroïde, diffère du principe gastrique.

Il y a lieu de déduire de ces faits que, dans la pathogénie de l'anémie pernicieuse, un trouble des fonctions gastriques et des fonctions thyroïdiennes est nécessaire. C'est dans ce but que M. et S. ont tenté de provoquer une anémie pernicieuse expérimentale par extirpation totale de l'estomac et de la thyroïde.

D'autre part, un extrait aqueux désalbuminé de thyroïde, s'est montré capable de rendre une préparation de foie active chez les animaux thyroïdectomisés, par contre la thyroxine est sans effet. Il en est de même de la fraction soluble dans les acides de la thyroïde. Un traitement spécial a permis d'ailleurs de retrouver, dans la fraction non soluble dans les acides, un principe qui doit être considéré comme une hormone myélotrope de la thyroïde, car elle se montre capable d'agir sur la moelle osseuse et de rendre la préparation de foie active chez les lapins thyroïdectomisés.

P.-E. Morhardt.

MEDIZINISCHE KLINIK
(Berlin)

Chiari et **Matricardi** (Vienne). ***Sensibilité à la tuberculine et affections rhumatismales*** (*Medizinische Klinik*, t. **34**, n° 15, 14 Avril 1938, p. 500-502). — C. et M. ont examiné la sensibilité à la tuberculine de 295 enfants atteints d'affections rhumatismales, rhumatismes articulaires aigus, chorée ou endocardite.

Ils ont constaté que 57,6 pour 100 des enfants n'eurent aucune réaction après l'inoculation de 1 *mg.* de tuberculine. Par contre, sur un groupe de 70 enfants atteints de pleurésie, 97,1 pour 100 ont réagi. Les enfants atteints de rhumatismes se comportent donc comme les scarlatineux ou les victimes de la diphtérie, c'est-à-dire de maladies nettement différentes de la tuberculose.

La pleurite, cependant, provoque des réactions analogues à celles d'une affection tuberculeuse.

Les rhumatisants avaient des réactions très nettes: ou bien la sensibilité était très poussée, ou bien l'insensibilité était complète. Ainsi, 86 pour 100 de tous les malades réagissant positivement le faisaient déjà à la plus petite dose. 2,4 pour 100 seulement n'ont réagi qu'après l'administration de 1 *mg.* de tuberculine. Il ne semble pas y avoir de transition de l'allergie accentuée à l'anergie complète.

C. et M. ont constaté que des rhumatisants ont souvent réagi positivement à la tuberculine dès les premiers jours de leur maladie. Il est impossible de conclure à un stade anergique au commencement du rhumatisme articulaire

D'autre part, les malades qui n'ont pas réagi ne l'ont pas fait, même après avoir été mis en observation durant plusieurs mois ou même des années.

C. et M. ont conclu que cette réaction à la tuberculine ne permet pas de prêter une étiologie tuberculeuse aux affections rhumatismales. Il faut, au contraire, considérer que de tels rapports sont inexistants puisque les rhumatisants réagissent comme les malades atteints de scarlatine ou de diphtérie.

Guy Hausser.

DIE MEDIZINISCHE WELT
(Berlin)

G. Schaltenbrand. ***Nouvelles conceptions sur les causes et les traitements de la sclérose multiple*** (*Die medizinische Welt*, t. **12**, n° 13, 26 Mars 1938, p. 435-441). — S. remarque qu'à Würzburg la sclérose précoce est sensiblement plus fréquente que la syphilis du système nerveux. Sur 1.000 malades entrés dans le service neurologique, on compte, en effet, 80 cas de sclérose multiple et on serait ainsi amené à admettre, en se fondant soit sur cette statistique, soit sur les statistiques suisses, qu'en Allemagne seulement, 70.000 sujets sont atteints par cette affection qui représente par conséquent un problème social très important. Parmi les affections qui doivent être distinguées de la sclérose multiple, figure la neuromyélite optique qui débute en général avec des symptômes d'infection, de la fièvre, de l'accélération de la sédimentation, etc. A l'inverse de ce qui s'observe dans la sclérose multiple, cette affection s'accompagne de paralysie flasque avec réaction de dégénérescence et troubles périphériques de la sensibilité. La myélite centrale rentre également dans le groupe de la neuromyélite de même que l'encéphalite périaxiale diffuse de Schilder. Toutes ces maladies sont, au point de vue de l'anatomopathologie, assez difficiles à distinguer.

En ce qui concerne la sclérose multiple, on a admis tout d'abord qu'il s'agissait d'une maladie héréditaire due à des troubles du métabolisme. On a également voulu voir dans cette affection, les conséquences de la diffusion d'un ferment (lipase) dans la substance blanche. On a de même beaucoup étudié la question d'une origine infectieuse (Ahringsmann). Le rhumatisme a été également incriminé. De même, on a fait jouer un rôle étiologique à une intoxication par le plomb, l'oxyde de carbone, le cyanure, etc.

Ce qu'il y a de caractéristique dans la sclérose multiple c'est qu'elle apparaît sous forme de foyers qui présentent chacun une croissance concentrique analogue à ce qui s'observe dans diverses affections comme le psoriasis, l'alopécie en aire. Par contre, on ne rencontre pas d'affections de ce genre dans le foie, les reins et les muscles. S. arrive donc à se demander s'il ne s'agit pas d'une réaction neuro-ectodermique.

Aujourd'hui d'ailleurs, le diagnostic de cette affection peut être fait plus précocement, notamment en se fondant sur la triade constituée par le pâlissement temporal, l'absence de réflexe abdominal et l'apparition de signes pyramidaux comme les réflexes de Rossolimo ou de Babinski. Les signes fournis par le liquide céphalo-rachidien, la dilatation du système ventriculaire et la myographie donnent également des indications précieuses.

Au point de vue du traitement, S. remarque que la diversité des symptômes rend difficile l'appréciation des effets de la thérapeutique. Les recherches qu'il a poursuivies dans son service ne semblent pas établir que les médicaments préconisés comme l'arsénobenzol, la germanine, l'arsenic, aient des effets vraiment bien caractérisés. Néanmoins, le régime des crudités avec des vitamines A, B_1, C et D aurait donné 58 pour 100 d'améliorations objectives. En outre, des onctions iodées auraient eu également des effets très favorables par leur action antiphlogistique et diurétique. Quant à la pyrétothérapie, elle doit être déconseillée.

P.-E. Morhardt.

M. Bürger. ***Troubles des échanges des graisses et des lipoïdes et leur signification clinique*** (*Medizinische Welt*, t **12**, n° 14, 2 Avril 1938, p 479-485). — Les échanges des graisses peuvent d'abord être troublés du fait d'une anomalie de la résorption. Normalement, il est éliminé par les fèces 4 à 6 *g.* de graisses par jour dont 75 pour 100 sous forme de savon ou d'acide gras. Cette proportion augmente en cas d'affections gestro-intestinales et notamment d'accélération de la péristaltique, de sprue, parfois accompagnée d'ostéoporose, de cœliaquie, c'est-à-dire d'infantilisme intestinal, d'ictère par rétention, etc.

L'anomalie peut également intéresser la régulation des graisses, c'est-à-dire s'accompagner d'hyperlipémie persistante manifeste, caractérisée par le trouble du sérum, ou latente. Ces hyperlipémies peuvent être en relations avec le mode d'alimentation (hyperlipémie du jeûne, de la gestation, du fœtus, du diabète, de la néphrose, de la xanthomatose essentielle); enfin, dans l'obésité il y a également dérèglement des échanges des graisses.

Parmi les lipoïdoses figure la maladie de Gaucher (tuméfaction de la rate puis ultérieurement du foie) par anomalie des échanges de cérasine, affection dans laquelle on ne connaît guère comme traitement que la splénectomie qui se pratique en cas de douleurs provoquées par l'augmentation de volume de l'organe, puis la maladie de Niemann-Pick (lipoïdose à phosphatides). Ces affections sont bien caractérisées. Il n'en est pas de même pour la xanthomatose essentielle qui devrait comprendre le xanthélasma notamment des paupières qui a pour origine une diathèse familiale et enfin toute une série d'affections, notamment la maladie de Schüller-Christian-Hand caractérisée par l'exophtalmos, le diabète insipide, le crâne géographique, etc.

Les xanthomatoses essentielles à retentissement principalement cutané ne diffèrent de la maladie de Schüller-Christian-Hand que par leur localisation; B. leur donne le nom de « gouttes lipoïdiques ». Parmi elles figurent les xanthomes tubéreux qui s'accompagnent de tumeurs cutanées et de l'apparition de nodules des gaines tendineuses et des capsules articulaires. Il y aurait là une affinité de certains tissus pour la cholestérine comparable à l'affinité de la synoviale pour l'acide urique. Ces formes sont d'ailleurs en relation avec le régime alimentaire. Dans 1 cas concernant un homme de 51 ans, avec augmentation de volume du foie et de la rate, un régime riche en végétaux a fait rapidement disparaître les symptômes cutanés et autres qui devaient être attribués à la consommation de beurre en excès; dans ce cas la lipoïdémie a passé, sous l'influence du traitement, pour la cholestérine seule de 6,55 à 2,24 *mg.* par 100 grammes.

Le psoriasis doit être également considéré comme une lipoïdose, comme B. en collaboration avec Grüss, l'a montré il y a quelques années.

Une observation de xanthomatose, principalement viscérale, est également donnée: elle concerne un enfant de 11 ans présentant des nodules sur les lèvres, les coudes, les genoux, de la splénomégalie, un sérum trouble, symptômes qui disparurent sous l'influence d'un regime approprié.

Enfin, un dernier groupe de xanthomatoses intéressant principalement le cerveau, comprend les cas semblables à l'observation de Bogaert, Scherer et Epstein concernant deux cousins affectés de cataracte, de xanthélasma des paupières, de tumeurs du tendon d'Achille qui ont été considérés comme de véritables tophus cholestériniques. Chez un des deux sujets il a pu être constaté l'existence d'aiguilles de cholestérine dans la partie supérieure de la moelle cervicale, phénomène qui se rapproche de ce qui s'observe dans la maladie de Niemann-Pick.

P.-E. Morhardt.

ARCHIV FUR GYNAEKOLOGIE
(Berlin)

Ley (Lothar). ***Sur les premières règles de la femme et leurs relations avec la pigmentation. Recherches portant sur des écolières de la ville de Mayence*** (*Archiv für Gynaekologie*, t. **165**, fasc. 3, 25 Mars 1938, p. 489-503). — Il a été déterminé, chez les écolières de la ville de Mayence, l'âge moyen de la première apparition des règles en évitant le plus possible toute cause d'erreurs et toute réponse imprécise. On constata, alors, que, par comparaison avec les examens nombreux et déjà existants, la date d'apparition des

règles est assez précoce. En dissociant un total de 1.716 relevés, on trouva, suivant la coloration des cheveux et des yeux, en tenant compte des chiffres absolus, des différences minimes. Ces différences perdent toute leur valeur démonstrative en tenant compte de l'erreur moyenne. L. insiste sur le fait que les relevés statistiques, qui s'appuient toujours sur un nombre limité de cas isolés, ne peuvent être utilisés qu'en tenant compte de cette erreur moyenne. Le résultat obtenu chez les fillettes se trouve confirmé quand on comprend dans les recherches la coloration des cheveux et des yeux des parents. Cette incorporation semble logique; car une variation de l'âge des premières règles en rapport avec la coloration des cheveux et des yeux en même temps qu'une coloration de même sens des cheveux et des yeux que les parents devrait se manifester plus fortement; en effet, le moment de l'apparition des premières règles, aussi bien que la coloration des cheveux et des yeux sont d'origine héréditaire. Les sujets aux yeux clairs, même en tenant compte de l'erreur moyenne, présentent leurs premières règles plus tôt que les sujets aux yeux foncés; cette constatation s'y trouve indiquée de ce fait, alors qu'elle ne peut être mise d'accord avec d'autres caractéristiques, car la diversité de pigmentation de l'iris est l'expression d'une différence plus profonde entre les deux groupes, que ne pourrait présenter la pigmentation. De même, on peut hésiter sur la possibilité qu'il existe ici des différences raciales entre les deux subdivisions. La même cause pourrait expliquer les comptes rendus différents de la littérature.

La pigmentation, telle qu'elle est envisagée par les recherches effectuées dans ce travail, ne donne lieu à aucune différence en ce qui concerne la date d'apparition des premières règles. Des différences apparentes seront évitées quand la pigmentation différente des cheveux et des yeux représente l'expression d'une différence plus profondément marquée de l'organisme que la pigmentation elle-même.

Henri Vignes.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Vienne)

Sichtenstern. ***Existe-t-il un lien entre les oreillons et les affections nerveuses pouvant survenir par la suite?*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. **88**, n° 5, 29 Janvier 1938, p. 130-136). — S. passe d'abord rapidement en revue l'opinion des divers auteurs sur l'affinité du virus ourlien pour le parenchyme du système nerveux; il insiste sur les travaux de Weissenbach et ses collaborateurs mettant en évidence l'existence des » méningo-encéphalites ourliennes primitives », ou « autonomes » et émettant l'hypothèse que la réaction méningée peut n'être qu'une réaction secondaire à la localisation du virus sur le parenchyme médullaire ou cérébral (1929). Aux mêmes conclusions arrive Philibert dans sa « Nouvelle conception de la pathogénie des oreillons », tandis que Pette-Hamburg dans le « Handbuch der Neurologie » estime cette hypothèse hasardeuse, bien qu'il ressorte de son ouvrage la très grande fréquence des paralysies oculaires ou faciales, des délires, etc.

S. a réuni les observations de 1.184 malades atteints d'affections diverses, et a étudié le pourcentage relatif de ces affections chez ceux qui avaient eu antérieurement les oreillons (152, soit 12,8 pour 100 des cas) et chez les autres, afin de voir si les oreillons prédisposent à certaines maladies, en particulier aux lésions chroniques du cerveau ou des méninges. De leur statistique il ressort qu'on observe avec une très grande fréquence chez les anciens oreillards : 1° des troubles hépatiques, vésiculaires ou appendiculaires; 2° des affections articulaires; 3° des maladies infectieuses. Par contre, il ne semble pas qu'il y ait coïncidence particulière de lésions nerveuses, pas plus que de perturbations de fonctionnement des glandes endocrines ou des organes génitaux.

G. Basch.

Schüller. ***Constatations radiologiques dans l'épilepsie infantile*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. **88**, n° 9, 26 Février 1938, p. 229-230). — L'examen radiologique systématique des enfants atteints d'épilepsie montre dans un très grand nombre de cas l'existence de lésions du crâne ou de l'encéphale, qui sont des séquelles visibles de traumatismes de l'accouchement ou de la première enfance: solutions de continuité plus ou moins étendues de la boîte cranienne, parfois masquées à l'examen clinique par un épaississement fibreux; hématomes calcifiés ou ossifiés de la dure-mère, enfin sclérose cérébrale qui se manifeste à l'encéphalographie par l'existence de kystes arachnoïdiens ou cérébraux, ou un élargissement des ventricules.

G. Basch.

RIVISTA ARGENTINA DE TUBERCULOSIS (Buenos-Ayres)

A. Vadone. ***La sténose bronchique, facteur prédominant dans la genèse du pneumothorax électif*** (*Rivista argentina de tuberculosis*, vol. 4, n° 1, Janvier-Février 1938, p. 1-12). — Au cours de ces dernières années, la notion de l'atélectasie destinée à expliquer l'effet Morgan dans le pneumothorax électif, c'est-à-dire l'immobilité presque absolue du parenchyme pulmonaire malade avec intégrité de l'expansion respiratoire des parties saines, a pris une importance de premier plan à la suite des travaux de Coryllos. V. précise d'abord que par atélectasie lobaire il entend celle produite par l'occlusion complète de la bronche principale, par opposition avec les atélectasies partielles dues à l'obstruction des petites bronches qui seraient exceptionnelles et n'ont aucune individualité clinique; elles ne peuvent en effet être différenciées de petits infiltrats ou d'autres lésions du parenchyme.

Dans le pneumothorax électif, l'atélectasie lobaire est évidente et caractérisée par la réduction du lobe malade, l'expansion de lobes sains, l'immobilisation des parties lésées, le déplacement des scissures du médiastin et du diaphragme et l'opacité totale du lobe.

Lorsque l'occlusion de la bronche est incomplète, la réduction de volume du lobe est d'autant plus marquée que la sténose est plus grande, de même que l'attraction du médiastin, la rétraction costale, le déplacement des scissures, l'élévation du diaphragme.

La bronchoscopie et la bronchographie lipiodolée étant d'un usage restreint chez les tuberculeux, le diagnostic de sténose bronchique se fera à l'aide des signes radiologiques précités.

Lorsque la sténose bronchique préexiste à la création du pneumothorax, le plus souvent elle est alors incomplète, mais quand on peut la mettre en évidence, elle permet de prévoir que la collapsothérapie réalisée sera élective.

V. conclut que la sténose bronchique joue un rôle très important dans la production du pneumothorax électif.

G. Poix.

LE SCALPEL (Bruxelles)

A. Hustin et **A. Dumont.** ***Activité du Centre de Transfusion de l'Hôpital Brugmann. Transfusion de sang pur ou de sang citraté*** (*Le Scalpel*, t. **91**, n° 15, 9 Avril 1938, p. 456-457). — H. et D. apportent le résultat comparatif des diverses techniques de transfusion qu'ils ont utilisées, avec leurs avantages et leurs inconvénients.

Sur 371 transfusions de sang pur pratiquées avec l'appareil de Henry et Jouvelet, ils ont eu 79 incidents techniques (21 pour 100) conduisant à 44 échecs partiels et à 4 échecs complets.

Avec un dispositif nouveau, dans une première période au cours de 78 transfusions de sang citraté, 13 cas de ponctions multiples chez le donneur et 9 chez le récepteur ont été observées, dix-neuf fois il y eut coagulation dans les flacons. Dans une seconde série de 93 transfusions, il y eut seulement 3 ennuis de prélèvement, 5 incidents inhérents à la qualité des veines du récepteur et 3 cas de coagulation.

Sur 84 transfusions de sang pur, on a constaté pendant et après la transfusion, 9 incidents: chocs graves, syncope, coma, fièvre, hémiplégie, 2 morts.

Au cours de la seconde période, sur 78 transfusions, il n'y eut que 7 incidents (chocs divers, urticaire, hémiplégie). Et dans la troisième série, sur 93 transfusions, 4 incidents bénins.

L'amélioration progressive de la statistique provient de ce que la stabilisation du sang par le citrate de soude, dès sa sortie de la veine, diminue fortement les chances de coagulation et que la méthode de prélèvement inflige aux éléments figurés du sang un minimum de traumatisme.

Parmi les accidents, certains sont dus à l'injection trop rapide de sang, d'autres aux substances toxiques mises en liberté par l'altération des plaquettes ou par les caillots en formation. Les accidents d'incompatibilité se développent au cours même de la transfusion et sont toujours semblables.

La transfusion citratée présente plusieurs avantages: une meilleure utilisation des donneurs; l'utilisation en vue de la transfusion du sang de saignées thérapeutiques réduites à une injection intra-veineuse, sans matériel impressionnant, la transfusion citratée ménage la sensibilité des malades. Techniquement plus facile, elle est moins dangereuse que la transfusion de sang pur.

Robert Clément.

THE JOURNAL of EXPERIMENTAL MEDICINE (Baltimore)

H. Goldblatt. ***Recherches sur l'hypertension expérimentale. Réalisation de la phase maligne de l'hypertension*** (*The Journal of experimental Medicine*, t. **67**, n° 5, Mai 1938, p. 809-826). — Chez 17 chiens G. est arrivé à reproduire le type aigu malin de l'hypertension. Il a employé la même méthode que celle dont il s'est servi pour réaliser l'hypertension bénigne, à savoir la constriction, au moyen de pinces spéciales laissées en place, des artères principales du rein, ou celle de l'aorte au-dessus de l'origine des artères rénales, mais ici la constriction fut bien plus poussée.

La phase maligne de l'hypertension expérimentale se caractérisa par une augmentation marquée de la pression artérielle, une insuffisance rénale terminale et l'apparition de pétéchies et d'hémorragies dans de nombreux viscères, spécialement au niveau du tube digestif, qui étaient dues à la rupture d'artérioles à paroi devenue hyaline ou nécrosée ou bien à des infiltrations sanguines disséquantes à travers la paroi vasculaire altérée. La transformation hyaline et la nécrose des artérioles se montrèrent plus accentuées et plus étendues chez les animaux qui avaient présenté une période d'hypertension bénigne avant le début de l'insuffisance rénale. Chez les animaux qui avaient présenté une longue phase d'hypertension bénigne préalable, il se produisit aussi de l'épaississement de la tunique moyenne des artérioles, avec ou sans hyalinisation de l'intima.

L'élévation de la pression sanguine (facteur mécanique) et l'insuffisance rénale (facteur humoral)

constituent au moins deux des conditions nécessaires au développement de la nécrose artériolaire et des hémorragies. Ces lésions n'ont pas encore été observées chez les animaux qui avaient eu une très forte pression artérielle pendant des années sans insuffisance rénale, ni chez les animaux présentant de l'azotémie due à l'ablation des deux reins, mais sans hypertension. On observa l'hyalinisation des artérioles de la rétine chez des chiens ayant de l'hypertension persistante avec un trouble modéré ou nul de la fonction rénale. L'ischémie n'est pas la cause de la nécrose des artérioles, comme le prouve l'absence de cette lésion au niveau des reins ischémiques des chiens et sa présence à un haut degré dans d'autres organes qui n'étaient pas ischémiques.

Ces expériences établissent que la nécrose artériolaire et les hémorragies sont secondaires à la phase maligne de l'hypertension, et non la cause primitive de cette dernière. P.-L. Marie.

AMERICAN JOURNAL OF RŒNTGENOLOGY AND RADIUM THERAPY
(Détroit)

N. F. Hicken, R. Russell Best, H. B. Hunt et **T. T. Harris.** ***Mise en évidence radiologique et diagnostic de lésions de la glande mammaire à l'aide de substances de contraste*** (*American Journal of Rœntgenology and Radium Therapy*, t. **39**, n° 3, Mars 1938, p. 321-343). — H., R. B., H. et H. ont réalisé la visualisation de la disposition anatomique des conduits galactophores et du mécanisme sécrétoire de la glande mammaire à l'aide d'injections de substances opaques aux rayons X dans les conduits galactophores, ou en provoquant par injection de CO^2 autour du mamelon une transparence exagérée. Si CO^2 leur a paru le gaz de choix, ils considèrent que les solutions stabilisées de dioxyde de thorium constituent le meilleur agent opaque.

Ces injections, dont H., R. B., H. et H. exposent la technique, leur ont permis de reconnaître et de diagnostiquer des néoformations telles que des lipomes, des fibromes, des papillomes, des kystes, des galactocèles et des cancers; en outre, la mammographie constitue un excellent procédé d'étude des modifications physiologiques qui surviennent dans une glande mammaire normale.

Sur 625 mammographies, H., R. B., H. et H. n'ont observé que trois cas d'abcès du sein, tous consécutifs à une pénétration accidentelle du thorotrast dans les tissus péri-canaliculaires, et deux fois, en raison d'un excès de pression, les canaux les plus ténus se rompirent et le thorotrast se répandit dans les tissus voisins ne provoquant d'ailleurs qu'une légère inflammation sans suppuration.

Si la mastite aiguë constitue une contre-indication formelle, cette méthode peut, sans inconvénients, être utilisée chez les femmes qui allaitent, et même chez de jeunes enfants.

Morel Kahn.

L. G. Rigler et **R. Koucky.** ***Etudes radiologiques sur la physio-pathologie de l'asthme bronchique*** (*American Journal of Rœntgenology and Radium Therapy*, t. **39**, n° 3, Mars 1938, p. 353-363). — Les études bronchographiques et pathologiques poursuivies par R. et K. les ont conduits à envisager de la manière suivante le problème de l'asthme bronchique et des crises d'asthme: l'affection affecterait en premier lieu la muqueuse des bronches, provoquant une hypersécrétion considérable qui s'accumulerait dans la lumière bronchique; que ce soit du fait d'une stase d'origine spasmodique des muscles bronchiques due à une viscosité accusée, ou du fait d'autres facteurs, ce mucus accumulé forme un bouchon qui obstrue en partie la bronche, permettant l'inspiration de l'air au delà de l'obstacle, alors que son expiration est beaucoup moins aisée; d'où production d'emphysème. Au cours de la crise d'asthme le muscle spasmé contribue à augmenter les phénomènes dus à la présence du bouchon muqueux autour duquel il se contracte, aggravant ainsi les phénomènes d'occlusion.

L'examen radiologique pratiqué sur des sujets vivants atteints d'asthme bronchique, en utilisant les procédés bronchographiques, a permis de mettre en évidence l'existence de ces bouchons obturateurs et de prouver le rôle qu'ils jouent dans les manifestations de la maladie.

R. et K. considèrent que la bronchographie est une méthode de grande valeur pour étudier la nature et l'extension du processus chez les malades pour chaque cas pris individuellement, et également pour obtenir certains éléments de pronostic.

Morel Kahn.

NAGASAKI IGAKKAI ZASSI
(Nagasaki)

M. Fujimoto. ***Recherches expérimentales sur la pathogénie de l'ictère hémolytique*** (*Nagasaki Igakkai Zassi*, t. **16**, n° 3, 25 Mars 1938, p. 980-997) — L'ictère hémolytique de l'homme est-il dû seulement à une surproduction de la bilirubine ou relève-t-il encore d'une altération du foie, la question n'est pas actuellement tranchée. La difficulté tient à ce que l'on ne peut provoquer chez l'animal un ictère tout à fait semblable à l'ictère hémolytique de l'homme. F. a cherché à y parvenir afin d'éclairer la pathogénie de l'ictère humain.

Si l'on injecte une suspension d'hématies lavées à fond avec de l'eau physiologique, après un séjour de 8 à 10 jours à la glacière, dans les veines du chien, à la dose de 10 à 30 cm^3 par kilogramme, il survient une bilirubinémie légère, sans hémoglobinémie ou avec minime hémoglobinémie. La bilirubine du sérum donne la réaction retardée d'Hijmans van den Bergh.

Si l'on injecte ces hématies à un chien porteur d'une fistule biliaire, il se produit aussi une légère bilirubinémie. Le taux de la bilirubine de la bile augmente beaucoup, l'accroissement de la quantité de la bile restant minime. L'épreuve de l'azorubine S montre une apparition précoce du colorant dans la bile, tandis que la quantité de colorant sécrétée est diminuée, ce qui indique une faiblesse irritable du pouvoir d'excrétion du foie. Le comportement de la bile n'est pas influencé par la splénectomie; seule la bilirubinémie s'atténue un peu. Dans cette catégorie d'expériences la résistance globulaire, et surtout H_1, diminue fortement. La bilirubine ne se décèle que rarement dans l'urine.

Si l'on injecte de l'hémolysine de lapin antichien à deux chiens dont l'un est splénectomisé, on ne constate pas de différence dans la bilirubinémie lors de la première injection entre les deux chiens; mais à la seconde injection, la bilirubinémie augmente beaucoup chez le chien splénectomisé. Elle se montre toujours plus intense chez l'animal splénectomisé, ainsi que l'hémoglobinémie. On note une forte anémie avec hématies nucléées et une résistance globulaire très diminuée. On trouve souvent de la bilirubine, des acides biliaires et de l'hémoglobine dans l'urine.

Quand on injecte de l'hémolysine à des chiens porteurs d'une fistule biliaire, il se produit aussi une bilirubinémie appréciable. La bilirubine excrétée par la bile atteint un chiffre triple ou quadruple. L'épreuve de l'azorubine S montre un retard dans l'apparition du colorant et une diminution de son élimination par la bile.

On constate les mêmes phénomènes quand on injecte des hématies sensibilisées au lieu d'hémolysine.

Il résulte de ces recherches que, lors de l'hémolyse intravitale causée par l'injection d'hématies conservées en glacière, par l'hémolysine et par les hématies sensibilisées, la rate ne joue pas de rôle important. Elle n'est pas indispensable non plus à la production de la bilirubinémie. Il n'est pas exclu que, lors de l'ictère dû à l'injection d'hématies âgées, la formation de bilirubine dans la rate ne joue pas un certain rôle, mais il n'a pas d'importance décisive dans la production de l'ictère. F. souligne le fait que, lors de la seconde injection d'hémolysine chez le chien splénectomisé, on provoque un ictère bien plus marqué. L'exploration fonctionnelle ainsi que l'examen histologique tendent à indiquer que l'altération du foie joue un rôle plus important dans la genèse de l'ictère, c'est-à-dire de la bilirubinémie.

De ces expériences il ressort que le foie à l'état normal possède une grande force de réserve pour la fonction d'excrétion, laquelle ne disparaît pas tout uniment à l'état pathologique. Donc la polycholie et la pléiochromie qu'on observe très souvent à l'état pathologique, ne sont nullement le signe que la fonction d'excrétion du foie est absolument intacte, mais sont une preuve que le foie cherche à conserver encore pendant assez longtemps à l'état pathologique un reste plus ou moins grand de sa force de réserve. P.-L. Marie.

N. Kawashima. ***Recherches expérimentales sur les rapports entre l'immunité et l'exsudation dans la pleurite tuberculeuse*** (*Nagasaki Igakkai Zassi*, t. **16**, n° 4, 25 Avril 1928, p. 1182-1300). — De ses recherches K. tire les conclusions suivantes:

1° Les bacilles tuberculeux dans l'exsudat pleural des animaux sensibilisés se dégradent plus précocement que chez les animaux non sensibilisés.

2° Les bacilles dans les foyers tuberculeux de la plèvre chez les animaux sensibilisés sont agglutinés de bonne heure, se dégradent et disparaissent également plus rapidement que chez les animaux non sensibilisés. Tandis que chez ces derniers on trouve au niveau des foyers morbides des bacilles nombreux très disséminés et en longs bâtonnets, chez les animaux sensibilisés on rencontre des bacilles courts, affectant l'aspect de granules et souvent agglutinés en masses. Chez eux, les réactions épithéloïde ou lymphocytaire surviennent plus précocement.

Chez les animaux non sensibilisés chez lesquels l'exsudation pleurale reste légère, les bacilles prolifèrent très activement dans les ganglions régionaux de la plèvre; inversement, chez les animaux sensibilisés qui réagissent par une vive inflammation de la plèvre avec gros exsudat, les bacilles s'agglutinent, dégénèrent et disparaissent plus tôt, si bien que les foyers ne grossissent plus.

Ainsi les animaux sensibilisés réagissent précocement vis-à-vis du bacille tuberculeux par une exsudation marquée qui se produit plus rapidement, en tant que processus curateur, que chez les animaux non sensibilisés. Par suite de l'immunité humorale et cellulaire, les bacilles injectés dans la cavité pleurale se disloquent et sont anéantis. L'accumulation de polynucléaires doit être alors considérée comme une circonstance importante de la genèse de l'immunité cellulaire à l'égard de la tuberculose. Le fait que les bacilles se dégradent plus facilement dans les ganglions régionaux des animaux sensibilisés que dans ceux des animaux non sensibilisés indique que l'immunité n'est pas vraisemblablement un processus local, mais un processus d'ordre général. La modification allergique de la réaction de l'organisme due à l'infection tuberculeuse a donc une grosse importance dans la production de la pleurite exsudative. L'exsudation pleurale doit être regardée comme un signe de l'acquisition de l'immunité. La plèvre dans un tel état d'allergie présente une modalité transformée de réaction spécifique, sous forme d'exsudation importante, à prédominance leucocytaire, non seulement à l'égard des bacilles vivants, mais encore à l'égard des bacilles morts ou de la toxine.

P.-L. Marie.

TIDSSKRIFT FOR DEN NORSKE LÆGEFORENING

Arne Hoygaard. ***L'alimentation et la tuberculose chez les esquimaux*** (*Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, n° 5, 1er Mars 1938, p. 288) — H. a passé l'année de 1936 à 1937 à Angmagsalik à la côte est du Groenland. La tuberculose chez les esquimaux a un aspect curieux : l'état général souffre peu. Des hémoptysies bénignes sont fréquentes. La cuti-réaction est peu marquée, et il est difficile de trouver des bacilles de Koch dans les crachats, mais il s'agit quand même de tuberculose et non d'une mycose. C'est l'aspect habituel de la maladie quand les individus ne mangent que leur nourriture traditionnelle, riche en protéines et en graisses, contenant assez de minéraux et de vitamines. Quand ces individus sont hospitalisés, on leur donne une nourriture composée de céréales, de beurre artificiel, de sucre et de thé; la tuberculose prend l'allure bien connue en Europe: pleurésies, hémoptysies graves, tuberculose miliaire, cachexie.

D'autre part, H. a confirmé les faits bien connus en Europe de l'épidémiologie de la tuberculose.

J.-H. Vogt.

ROMANIA MEDICALA
(Bucarest)

J. Stoia et **P. Stanciulesco.** ***Le traitement par l'association de l'extrait hépatique et de la vitamine C*** (*Romania medicala*, 1er Mars 1938, p. 67-69). — On connaît la valeur du traitement par l'extrait de foie, des anémies, des diathèses hémorragiques, de l'insuffisance hépatique.

La vitamine C n'influence pas le tableau sanguin dans les anémies secondaires ou hémolitiques. Mais associée à un extrait de foie, elle produit une augmentation des érythrocytes, de l'hémoglobine et du fer globulaire.

S. cite 9 observations d'anémies secondaires traitées par les injections d'extrait hépatique associé à la vitamine C. L'action rapide d'augmentation du nombre des globules rouges et de l'hémoglobine est due à l'association de la vitamine C, laquelle active l'extrait hépatique et agit directement sur les organes hématopoïétiques. On observe l'action favorable également dans les syndromes purpuriques ou anémo-purpuriques; dans la cirrhose atrophique la diurèse est augmentée. Dans les insuffisances hépatiques, les résultats sont également bons. L'état général des malades est relevé et les injections sont bien supportées.

Henri Krauter.

J. Nitzulesco. ***La valeur antianaphylactique de la vitamine C*** (*Romania medicala*, 1er Mars 1938, p. 65-67). — Les vitamines comme les hormones interviennent en catalysant et en participant activement dans la série complexe des réactions chimiques, des synthèses et analyses, qui caractérisent la vie de l'organisme.

La valeur antianaphylactique de la vitamine C a été mise en évidence de deux manières :

1° En constatant l'augmentation de la sensibilité au choc anaphylactique, chez les animaux qui ne reçoivent guère ou très peu de vitamine C.

2° En constatant l'effet protecteur que présente un supplément de vitamine C, donné à un animal qui reçoit une alimentation complète.

Giraud et ses collaborateurs ont vu que chez les cobayes la diète scorbutigène augmente la sensibilité pour l'anaphylaxie. L'analyse quantitative de la vitamine C, dans le foie des animaux, montre qu'en cas de régime carencé on trouve la moitié de vitamine C.

L'injection d'acide ascorbique (100 *mg.*) chez des animaux nourris d'un régime normal et sensibilisés à un sérum, met ces animaux en état de défense et le shock anaphylactique est évité.

Giroud a constaté que 50 pour 100 des animaux succombent même soumis à un régime riche en vitamine C. Les applications pratiques à la pathologie humaine sont : 1° l'emploi de la vitamine C dans la sérothérapie antidiphtérique; 2° coryza des foins, asthme brachial. La vitamine C a également une action utile pour combattre l'intolérance du salvarsan. Si l'on ajoute 10 à 15 *cg.* d'acide ascorbique à la solution, on peut soigner les malades intolérants. La vitamine C a une action favorable dans les érythrodermies arsenicales.

Parmi les moyens dont on dispose et qui sont encore assez restreints, pour lutter contre les multiples aspects de la sensibilisation anaphylactique, la vitamine C a une valeur antianaphylactique de premier ordre.

Henri Krauter.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Bâle)

Paul-Ed. Perret ***L'autohémothérapie dans le traitement de l'hypertension artérielle*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **68**, n° 11, 12 Mars 1938, p. 265-268). — A la suite d'une publication de Blas Moia (1935) relative aux effets sédatifs durables obtenus par l'autohémothérapie dans la céphalée des hypertendus, P. a poursuivi des recherches sur une série d'hypertendus présentant des troubles subjectifs nets. Il s'agissait de 19 femmes, ayant presque toutes dépassé la ménopause, et d'un homme. La tension maxima atteignait ou dépassait 20 *cm.* dans 11 cas, et les chiffres de la minima s'étageaient de 10 à 16 *cm.* La réaction de la syphilis a toujours été négative; l'urée du sang n'était un peu élevée que dans 3 cas. Chez tous ces malades il y avait des céphalées plus ou moins intenses et du vertige dans 7 cas. Le sommeil était troublé dans 12 cas; la tendance aux étourdissements était presque aussi fréquente que la céphalée, la mémoire était défectueuse dans 8 cas et il y avait des bourdonnements dans 10 cas.

Les résultats obtenus par les traitements usuels n'avaient pas donné grand chose et l'autohémothérapie a fait totalement disparaître la céphalée dans 80 pour 100 des cas et a amélioré les autres. En ce qui concerne les étourdissements, il y a eu disparition complète dans 65 pour 100 après la première série, 20 pour 100 après la seconde série de traitement et atténuation très importante chez les malades restants. Le sommeil fut très amélioré dans 65 pour 100 des cas. Quant à la tension artérielle elle s'est un peu abaissée. La durée des améliorations a été de 3 à 4 mois dans la moitié des cas et dans un quart des cas elle a duré pendant 5 mois ou davantage.

P.-E. Morhardt.

Pierre Besse. ***L'hépatisme vu par le praticien*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **68**, n° 12, 19 Mars 1938, p. 281-285). — B. cherche à voir si la doctrine de l'hépatisme en général peut être réadaptée à la séméiologie moderne, notamment par l'investigation manuelle du foie. Il remarque ainsi que, si on cherche à atteindre le foie immédiatement au-dessous de l'appendice xiphoïde, on arrive dans une certaine proportion des cas à sentir la surface du lobe gauche et à provoquer chez le malade une impression de gêne, voire même une sensation réellement douloureuse. Les phénomènes ainsi constatés varient suivant la position du malade. La palpation dans la station debout est celle qui donne les meilleurs résultats, elle ne se trouve en défaut que quand le foie est très petit, haut situé et non modifié, quand le malade n'abaisse pas suffisamment son diaphragme dans l'inspiration, quand la paroi abdominale est très spastique et, enfin, quand le malade ne peut se tenir debout.

Dans ce palper le médecin peut agir soit par effleurage, soit en procédant à une ébauche de pétrissage. Cette manœuvre doit se faire en fin d'une inspiration qui n'est pas purement costale. A ces signes viennent s'ajouter ceux que fournit le laboratoire.

L'essentiel dans le traitement des états ainsi dépistés est constitué par la privation absolue ou relative des corps gras qui donne des résultats repérables et dosables par le palper debout.

A cet ensemble viennent s'ajouter de nombreux petits signes objectifs: éruptions prurigineuses, acné, petits nævi qui varient avec le succès de la thérapeutique, signe du rasoir (peau irritable par le rasage), aspect scorbutique des gencives et de la muqueuse buccale, poussées d'aphtes, alternances d'excitabilité et de dépression cérébrale; parmi ces signes figurent encore les blépharites, les rhinorrhées, les hémoptysies, les sueurs axillaires et plantaires.

En somme, il s'agit là d'une méthode qui permet de procéder à un examen très simple et très rapide et qui se montre utile dans bien des circonstances, surtout chez des sujets relativement peu malades.

P.-E. Morhardt.

ZEITSCHRIFT für VITAMINFORSCHUNG
(Berne)

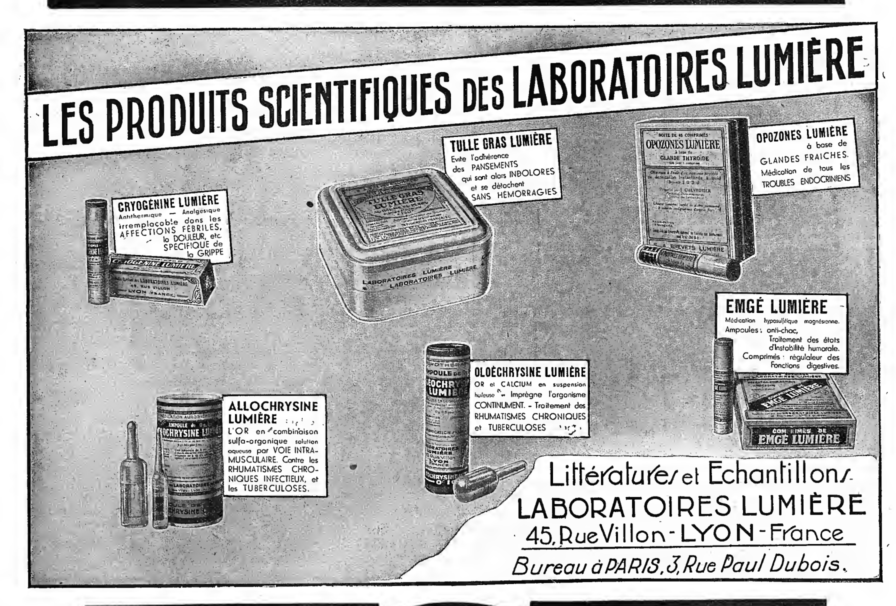
H. Eitel. ***Activité de la thyroïde et échanges de vitamine C*** (*Zeitschrift für Vitaminforschung*, t. 7, n° 1, Janvier 1938, p. 45-53). — Il a été fait beaucoup d'expériences en vue d'étudier les corrélations possibles entre la thyroïde et la vitamine C. Mais les résultats obtenus sont souvent discutables, d'abord parce que les relations constatées ne sont pas constantes et aussi parce que des régimes très divers peuvent avoir sur la glande des effets semblables. Etant donné l'absence d'une méthode spécifique, il est très difficile de mettre en évidence l'existence d'une avitaminose. Néanmoins, par la méthode de la saturation, il a pu être constaté chez un malade, atteint d'hypothyroïdie, qu'il y avait déficit de vitamine C, l'administration de 300 *mg.* d'acide 1-ascorbique ne faisant apparaître ce corps dans l'urine qu'au bout de 7 jours.

En administrant à un malade de l'hormone thyrotrope de façon à provoquer une hyperthyroïdie, on a constaté que l'activation des fonctions thyroïdiennes s'accompagnait d'une augmentation de la consommation de la vitamine C. D'autre part, cette vitamine s'est montrée capable de prévenir les effets de l'hormone thyrotrope, c'est-à-dire de manifester des propriétés antithyrotropes.

L'administration de cette hormone thyrotrope diminue déjà en 24 heures l'élimination de vitamine C avec l'urine et il y a lieu de se demander si une augmentation de l'activité de la thyroïde peut, dans ces conditions, survenir d'une façon aussi rapide. Des expériences faites antérieurement sur les cobayes ont montré qu'effectivement, deux heures après une injection d'hormone thyrotrope, il se produit des modifications morphologiques de la glande thyroïde et, au bout de 24 heures, tous les signes histologiques d'une hyperthyroïdie ont apparu.

Les pertes de vitamine C observées sous l'influence de cette hormone sont donc secondaires et dues à l'augmentation du métabolisme de base. L'administration de cette vitamine dans l'hyperthyroïdie est nécessaire mais ne constitue pas un traitement causal.

P.-E. Morhardt.



LES PRODUITS SCIENTIFIQUES DES LABORATOIRES LUMIÈRE
TULLE GRAS LUMIÈRE
Evite l'adhérence des PANSEMENTS qui sont alors INDOLORES et se détachent SANS HÉMORRAGIES
OPOZONES LUMIÈRE
à base de GLANDES FRAICHES. Médication de tous les TROUBLES ENDOCRINIENS
CRYOGÉNINE LUMIÈRE
Antithermique — Analgésique irremplaçable dans les AFFECTIONS FÉBRILES, la DOULEUR, etc. SPÉCIFIQUE de la GRIPPE
EMGÉ LUMIÈRE
Médication hyposulfitique magnésienne. Ampoules : anti-choc, Traitement des états d'instabilité humorale. Comprimés : régulateur des fonctions digestives.
OLOÉCHRYSINE LUMIÈRE
OR et CALCIUM en suspension huileuse - Imprègne l'organisme CONTINUMENT. - Traitement des RHUMATISMES CHRONIQUES et TUBERCULOSES
ALLOCHRYSINE LUMIÈRE
L'OR en combinaison sulfo-organique solution aqueuse par VOIE INTRA-MUSCULAIRE. Contre les RHUMATISMES CHRONIQUES INFECTIEUX, et les TUBERCULOSES.
Littératures et Echantillons
LABORATOIRES LUMIÈRE
45, Rue Villon - LYON - France
Bureau à PARIS, 3, Rue Paul Dubois.

CASOPIS LEKARU CESKYCH (Prague)

Popek et **Hadlik.** ***Progeria (Gilford) ou nanisme sénile (Variot et Pironneau)*** [*Casopis lekaru Ceskych*, an. **77**, nos 2, 3 et 4, 7, 14 et 21 Janvier 1938, p. 11-18, 58-61 et 81-83]. — L'observation présentée par P. et H., avec des photographies typiques, concerne une petite fille de 8 ans. Née à terme, avec un aspect normal, un poids de 2 *kg.* et une taille de 47 *cm.*, elle présenta, lors de sa 4e semaine, un œdème fébrile généralisé, avec modifications des téguments du dos, du bas-ventre et des membres inférieurs. A 2 ans, au cours d'un épisode identique, elle perdit les cheveux, les sourcils et les cils et les mêmes altérations tégumentaires se généralisèrent: durant 3 ans, la graisse sous-cutanée disparut, la peau se dessécha, s'atrophia, avec apparition de pigmentation brune diffuse, semée de taches blanchâtres dépigmentées. Aucune nouvelle manifestation pathologique nouvelle ne fut constatée ensuite, mais le développement corporel subit dès lors un ralentissement considérable.

A l'examen, la taille est de 99 *cm.*, le poids de 11 *kg.* 500. Nanisme proportionné, avec brachycéphalie et prognatisme accentué de la mâchoire supérieure. Tous les os sont remarquablement grêles, les parois craniennes minces, les sutures et la grande fontanelle ouvertes. L'ethmoïde, le sphénoïde et les mastoïdes ne sont pas pneumatisés. La deuxième dentition n'est pas commencée. La peau est sèche, pigmentée, ridée, atrophique et laisse voir de très nombreuses veines sous-cutanées. Le ton de la voix est très élevé, rappelant celui d'un enfant de 3 ans. Les réactions sérologiques sont négatives, le liquide céphalo-rachidien est normal. On note une légère anémie avec lymphocytose. Le métabolisme basal est diminué de 20 pour 100. La glycémie et diverses investigations biochimiques ne révèlent aucune anomalie.

Il faut retenir des antécédents l'alcoolisme des grands-parents, compléte d'épilepsie chez l'un d'eux, la débilité mentale de la mère et surtout la pleurésie tuberculeuse qu'elle fit au 8e mois de sa grossesse. Pour P. et H. les lésions endocriniennes provoquées chez l'enfant avant sa naissance, à cette période, expliqueraient l'évolution ultérieure. Le traitement par l'extrait thyroïdien s'est montré très actif, entraînant, en 5 mois, une augmentation de poids de 18 *kg.* et de taille de 2 *cm.*

Raska. ***Deux épidémies de fièvre paratyphoïde dans l'armée tchécoslovaque*** (*Casopis lekaru Ceskych*, an. **77**, n° 3, 21 Janvier 1938, p. 69-74). — Au cours des deux dernières années, plusieurs épidémies de fièvre paratyphoïde ont été observées dans l'armée tchécoslovaque. R. retrace les traits caractéristiques de deux d'entre elles, imputables au para B du type Schottmuller. La première, d'origine alimentaire, eut un début et une extension très subits. Il y eut 72 cas, avec une évolution de gastro-entérite aiguë. La seconde, au contraire, s'étendit à l'unité atteinte suivant le mode des contaminations successives par contact direct et fut provoquée par des porteurs sains de germes, employés de cuisine ou de réfectoire. Sur les 25 cas, certains (10) évoluèrent comme une paratyphoïde typique, tandis que les autres (15) se présentèrent comme des gastro-entérites frustes.

Les constatations bactériologiques furent très intéressantes, surtout la seconde fois. Dans les urines et les matières des malades, ou des convalescents, à la fin de l'épidémie, on isola non pas le para B du type Schottmuller mais bien des variétés du *Bacillus typhi flavum.* En comparant les diverses manifestations cliniques dues aux différentes espèces de germes, toute classification simplifiée ou schématique s'avère impossible.

Ces deux épidémies apportent une preuve nouvelle de l'efficacité des vaccinations pratiquées dans l'armée. Sur les 72 malades de la première, 70 étaient des sujets non vaccinés, 2 seulement avaient été vaccinés. Dans la seconde, il fut établi que 800 sujets avaient été soumis, pendant 3 semaines, à des contaminations journalières par les cuisiniers porteurs de germes et que 25 sujets seulement avaient été malades. Il n'y eut, du reste, ni décès, ni complication sérieuse à enregistrer.

Henner. ***Le diagnostic des abcès cérébraux et cérébelleux en pratique neurologique*** (*Casopis lekaru Ceskych*, an. 77, n° 4, 28 Janvier 1938, p. 97-103. — Grâce aux progrès considérables réalisés récemment dans ce domaine, le diagnostic topographique des affections cérébrales et cérébelleuses se fait presque toujours avec exactitude et précision. Sans reprendre les signes classiques mais inconstants de l'abcès intracranien, H. insiste surtout sur le diagnostic étiologique, dont il souligne les difficultés dans trois éventualités en particulier: l'*encéphalite aiguë disséminée*, au début surtout, prête souvent à confusion et provoque des trépanations inutiles. Cependant la gravité moindre et la sédation plus rapide des signes généraux, la notion de l'infection antécédente (varicelle, rougeole, etc.), l'évolution favorable, la bilatéralité et la symétrie habituelle du syndrome neurologique, l'absence des stigmates d'hypertension intracranienne, permettent la discrimination. Mais il ne faut pas oublier que l'éruption cutanée peut manquer parfois complètement, la maladie infectieuse se traduisant d'emblée et uniquement par des symptômes d'encéphalite. *Les tumeurs intracraniennes* sont beaucoup plus fréquentes que les abcès. L'existence d'une otite ne suffit pas à en éliminer la vraisemblance et c'est dans ce cas surtout qu'il faut tenir compte de l'importance de l'hypertension et de la bilatéralité des signes, avec grande incoordination et titubation, en rapport avec la localisation habituelle des tumeurs cérébelleuses au vermis. *Les arachnoïdites intracraniennes* (12 observations personnelles) peuvent également entraîner une confusion. Cependant, l'apyrexie habituelle, le bon état général, l'absence de stase papillaire ou d'autres éléments du syndrome hypertensif, sont en faveur de l'arachnoïdite. La certitude ne s'établit parfois que pendant l'intervention.

Dans la statistique neurologique de l'hôpital général de Prague, sur un chiffre annuel moyen de 70 cas d'affections neuro-chirurgicales opérées, on ne compte guère que trois abcès intracraniens. Leur fréquence n'est donc pas considérable. S'il faut y songer toujours pour éviter de retarder une opération opportune, il faut aussi tenir compte de la proportion importante, en voie d'accroissement du reste, des encéphalites médicalement curables, pour préserver les malades d'une intervention inutile.

Tvaroh et **Rypova.** ***Insuffisance surrénale sénile*** (*Casopis lekaru Ceskych*, an. **77**, n° 6, 11 Février 1938, p. 159-167). — L'insuffisance surrénale se présente, chez le vieillard, d'après T. et R., soit dans le cadre d'un syndrome de sénescence pluri-glandulaire complexe, soit sous la forme plus caractéristique de l'insuffisance surrénale chronique des adultes. Sur un lot de 449 sujets (84 hommes et 365 femmes), les trois signes les plus constants ont été l'hypotension, la pigmentation et l'asthénie musculaire. Les examens de laboratoire pratiqués parallèlement dans 20 cas des plus typiques, et chez 20 sujets de contrôle, ne révèlent aucun stigmate plus probant: le métabolisme basal et la formule sanguine ne sont pas modifiés. Par contre, la courbe de la glycémie et le taux des chlorures sanguins sont en général abaissés et s'élèvent d'autant plus, après les injections de cortine, qu'ils étaient initialement plus bas.

Les particularités histologiques de la peau, étudiées à l'aide de 5 excisions cutanées, sont identiques à celles que l'on observe chez les addisoniens. Sénescence et sénilité dépendent d'insuffisances polyglandulaires, parmi lesquelles l'une des glandes joue toujours un rôle dominant. Cette glande est souvent la surrénale. Il conviendrait donc de mentionner, à côté des étiologies déjà connues de l'insuffisance surrénale, l'atrophie sénile.

Hlavinka. ***Contribution à l'étude des hépatomégalies infantiles*** (*Casopis lekara Ceskych*, an. **77**, n° 11, 18 Mars 1938, p. 359-463). — Les deux observations publiées par H. concernent 2 enfants de 3 à 13 ans. Dans l'un et l'autre cas, il s'agissait d'un carcino-sarcome métastatique d'origine rénale, dont la tumeur initiale refoulait le foie en haut et en dehors. Chez le garçon de 13 ans, on constatait, sur les radiographies, au milieu de l'opacité hépatique élargie, des masses calcifiées, classiquement fréquentes dans les tumeurs rénales mixtes.

A l'origine des hypertrophies hépatiques infantiles, à côté d'étiologies plus habituelles, il faut donc penser à la possibilité d'une tumeur, même si la surface est lisse et si le néoplasme primaire ne s'est pas encore cliniquement révélé. L'évolution des tumeurs rénales reste longtemps inapparente chez l'enfant, en raison de la discrétion des troubles qu'elles déterminent. La radiographie peut être, dans les cas douteux, d'un précieux secours, en montrant à la fois l'augmentation de volume, le déplacement et les calcifications du foie. Elle peut montrer de même le néoplasme rénal et ses résultats sont confirmés par la pyélographie.

Prokop et **Petran.** ***Influence des traumatismes sur l'apparition et l'évolution de la paralysie générale*** (*Casopis lekaru Ceskych*, an. **77**, n° 12, 25 Mars 1938, p. 389-395). — L'étude de P. et P. a pour base clinique huit observations personnelles. Voici quelles sont leurs conclusions:

La brusque apparition, après un traumatsime, des anomalies psychiques et neurologiques de la paralysie générale est assez fréquemment constatée. Seul l'examen clinique détaillé et précis, ainsi que l'analyse du liquide céphalo-rachidien, permettent d'attribuer les désordres à leur véritable cause, avec l'importance capitale qu'elle comporte dans le domaine des expertises et de la médecine légale. Sérum et liquide céphalo-rachidien doivent donc être examinés chaque fois qu'un accident paraît entraîner des troubles psychiques. Lorsque la syphilis est en cause, le traumatisme ne peut être considéré que comme un élément d'aggravation et le droit à pension permanente ne saurait prévaloir.

Qu'il s'agisse d'un état préparalytique, d'une forme latente ou d'une forme jusque-là peu évolutive, le rôle aggravant de l'accident ne mérite d'être retenu que si les manifestations de la maladie apparaissent dans un délai de 6 mois. D'autre part, l'évaluation approximative du temps pendant lequel les apparences normales eussent été conservées est délicate et mérite d'être envisagée dans chaque cas. P. et P. estiment en général à un an la période de santé apparemment ainsi perdue, même s'il s'agit d'une affection déjà diagnostiquée et traitée.

Mais souvent aussi l'accident n'est lui-même que le résultat de l'évolution morbide. Il ne faut pas l'oublier, les syphilis nerveuses entraînent un état d'insécurité habituel, et augmentent, pendant le travail, dans la rue, au cours de la vie courante, les risques d'accidents, par obnubilation passagère, vertiges, crise épileptique, troubles de la vue, de l'audition, aprosexie, etc. La bonne foi des parents du malade mérite d'être contrôlée.

Fingerland. ***Un cas de rupture de la rate au cours d'une endocardite maligne lente*** (*Casopis lekaru Ceskych*, an. **77**, n° 12, 1er Avril 1938, p. 422-426). — L'observation de F. concerne un sujet de 26 ans, ancien rhumatisant, décédé au 3e mois de l'évolution d'une endocardite maligne

lente diagnostiquée, avec hémoculture positive (strepto. viridans). La mort survint brusquement après un très violent point de côté de l'hypocondre gauche. L'autopsie confirma l'existence d'une rupture de la rate avec hémorragie intrapéritonéale. Il s'agissait d'un volumineux anévrysme artériel intra-splénique, histologiquement vérifié. Le strepto. viridans fut également isolé d'un abcès dentaire au cours de l'autopsie. Le myocarde était semé de placards fibreux anciens et de nodules d'Aschoff récents, permettant de suivre l'évolution lésionnelle de l'infection rhumatismale antérieure à l'infection streptococcique.

Masek. ***Le chimisme gastrique après les diverses excitations sécrétoires*** (*Casopis lekaru Ceskyeh*, an. 77, nos 12, 13 et 14, 25 Mars, 1er Avril et 8 Avril 1938, p. 381-386, 418-422, 454-462). — Cette revue générale envisage les divers problèmes que soulèvent la sécrétion gastrique et les différents modes d'explorations récemment proposés. Bien que les observations cliniques ne permettent pas de conclusions définitives, la théorie de Pavlow semble mieux expliquer que celle de Rosemann les anomalies du métabolisme fréquemment constatées et déjà étudiées par Podlaha, Prusik, etc., notamment les modifications de la chlorémie et celles de la teneur en Cl du suc gastrique.

Le procédé de Carnot-Libert mérite d'être considéré comme la méthode de choix. Il permet, en effet, d'obtenir un suc gastrique pur, dont l'acidité est individuellement constante, et, de ce fait, de tirer des conclusions précieuses au sujet des variations observées au cours de la sécrétion, du type même de la courbe sécrétoire et des achylies absolues.

Pour remédier aux inconvénients des méthodes qui ajoutent au contenu gastrique des substances insuffisamment homogènes, au point de vue chimique (méthode de Boas-Ewald, par exemple), ou des liquides qui la diluent par trop (méthode d'Ehrànn, par exemple), il serait plus physiologique d'utiliser le café noir, donné chaud le matin, à jeun, en petite quantité (25 à 30 *cm*³). Une heure après, on injecte 1/2 *mg*. d'histamine et on continue l'analyse fractionnée.

Les résultats obtenus et la courbe sécrétoire montrent que les effets de l'histamine et du café se complètent, se renforcent pour une sécrétion optimum. Malgré les progrès réalisés par la radiologie, la gastroscopie et la clinique, le chimisme gastrique reste une source de renseignements précieux, et dont on saurait se passer sans dommage, pour le diagnostic et le traitement d'un grand nombre de maladies.

Uhlir. ***Traitement et prophylaxie de la lithiase urinaire*** (*Casopis lekaru Ceskyeh*, an. 77, n° 15, 15 Avril 1938, p. 475-481). — La connaissance insuffisante des conditions étiologiques et les imperfections de la thérapeutique expliquent la fréquence des récidives et l'impossibilité à laquelle nous nous heurtons parfois d'empêcher la formation de nouveaux calculs. Voici comment U. envisage les causes, le mécanisme et le traitement de la lithiase urinaire :

Le genre de vie, une alimentation trop riche en substances lithogènes, les troubles du métabolisme et de l'assimilation, une carence en vitamine A, l'hyperfonction des parathyroïdes sont les facteurs étiologiques essentiels. La floculation des colloïdes urinaires, bientôt suivie de la précipitation des sels, l'influence de certains sels minéraux sur ce double phénomène, tels sont les trois aspects du mécanisme. Acidifier les urines par le régime et les médications, prescrire la vitamine A, chercher à stabiliser les colloïdes par des solutions salines actives, la surveillance post-opératoire systématique et la continuité du traitement sont les bases de la thérapeutique. Il faut noter, dans certains cas de récidives, les bons résultats obtenus par l'introduction, dans le bassinet, de cultures vivantes de *str. acidi lactici*. Quelques observations démonstratives illustrent cet exposé.

BULLETIN DE LA SOCIETE TCHECOSLOVAQUE DE PHYSIOTHERAPIE (Prague)

M. Cmunt. ***Le traitement balnéaire et climatique des affections articulaires chroniques*** (*Bulletin de la Société tchécoslovaque de Physiothérapie*, an. 17, nos 5 et 6, 1937, p. 113-124). — Dans cette intéressante revue générale, C. précise les contre-indications, les indications et les techniques de cures thermales applicables aux affections articulaires chroniques. Les poussées aiguës, accompagnées d'une accélération notable de la sédimentation globulaire, la persistance d'une infection focale, un état subfébrile ou fébrile datant de moins de deux mois, interdisent le traitement balnéaire. Des bains simples, pris à domicile, permettent de contrôler la stabilisation et l'absence de manifestations réactionnelles.

Chaque variété de balnéation a des effets particuliers : les bains simples calment les douleurs, facilitent la résorption des œdèmes, modèrent les spasmes musculaires. Les bains radioactifs, également résolutifs et sédatifs, sont, de plus, stimulants et toniques. Les bains sulfureux agissent sur la circulation superficielle, atténuent les inflammations, abaissent légèrement la tension artérielle. Les bains chlorurés sodiques, surtout excitants et toniques, facilitent la résorption des épanchements et des œdèmes.

La boue thermale agit à la fois par sa haute température (44 à 50°), sa densité et la pression de sa masse, le soufre qu'elle contient et sa radio-activité propre, sans avoir le même inconvénient, pour l'appareil circulatoire, que les bains salins. En provoquant une transpiration durable, elle abaisse la tension artérielle, sans avoir d'effet dépressif sur le myocarde, qu'elle se montre au contraire susceptible de tonifier (d'où son indication dans certaines cardiopathies récentes). 21 bains sont au moins nécessaires, sans autre adjuvant thérapeutique que des bains hydrominéraux toniques bihebdomadaires.

Dans certains cas, notamment pour les arthropathies goutteuses, la cure de boisson doit être poursuivie simultanément. Les sources bicarbonatées sodiques, à la fois salines et alcalines, de Karlovy Vary, Marianska Lazne et Frantiskovy Lazne, sont les plus utiles pour ces cures combinées.

L'importance des conditions climatiques est, de plus, considérable : humidité, brume, vent, variations rapides, diurnes ou nocturnes, de la température, changements brusques de pression atmosphérique, sont toujours mal tolérés. Les rhumatisants ont besoin d'un climat sec, régulier, assez chaud, riche en radiations solaires. Le logement, les locaux de travail, les vêtements ont aussi leur importance. Il faut parfois recommander un changement de résidence : les régions les plus favorables, à côté des contrées nord-africaines (Algérie, Tunisie, Egypte), paraissent être la Riviera italienne, la Côte yougoslave ou le versant méridional des Alpes. La mer du Nord, la Baltique et la Manche sont à éviter. La situation même d'une station thermale de cure éventuelle doit être étudiée avec soin.

Enfin, le traitement balnéaire de trois semaines chaque année serait insuffisant pour ces affections articulaires chroniques, s'il n'était complété par une thérapeutique pré- ou post-thermale. Après les 2 ou 3 mois de repos qui suivent la cure, le malade doit subir un nouveau traitement physiothérapique : bains partiels de Hauffe, bains salés, cataplasme de boue, hydro-, électro-, masso-, ou photo-thérapie. Ce traitement sera répété 2 ou 3 fois pendant l'hiver. Un repos de 2 mois précédera et préparera une nouvelle cure balnéaire. L'adaptation de ces règles générales à chaque cas particulier, la persévérance du malade et la patience du médecin sont les meilleures garanties de succès.

BULLETIN DE LA SOCIETE TURQUE DE MEDECINE (Istambul)

O. S. Çelik. ***Les injections sériques par la voie sous-occipitale et la suppression du foyer d'infection dans le traitement du tétanos*** (*Bulletins de la Société turque de Médecine*, an. 4, n° 2, 1er Février 1938, p. 77). — L'emploi de la voie lombaire et même ventriculaire dans la sérothérapie antitétanique est bien connu. Par contre, la voie sous-occipitale paraît être très peu employée. Pourtant c'est par ce procédé de traitement que nous croyons avoir pu sauver un cas de tétanos extrêmement grave.

Dans notre second cas, la plaie infectante se trouvait dans le globe oculaire. Celui-ci a dû être énucléé. La suppression du foyer d'infection, avant même l'apparition des symptômes tétaniques, a rendu la maladie légère, bénigne et facilement curable.

1er cas : Un malade de 17 ans se blesse au pied en prenant un bain de mer, se promène sur la plage à pieds nus, sans faire attention à sa blessure. Trois jours après il ressent de la raideur dans la musculature du thorax et du trismus.

C'est huit jours après la déclaration de la maladie qu'il entre en notre service, alors que les manifestations tétaniques sont déjà très accusées.

Nous observons alors l'opistotonos, la raideur de la nuque, le rictus, un trismus très fort ne permettant que l'introduction d'une sonde en caoutchouc dans la bouche, des contractures des muscles de la poitrine et de l'abdomen, la fièvre à 38°, la leucocytose à 6.700 et la négativité du W. et du K. Les convulsions sont d'une grande intensité et se répètent chaque 4-5 minutes.

La sérothérapie antitétanique est instituée : injections intramusculaires de 50-80 *cm*³ par jour, et, la voie rachidienne ne pouvant être utilisée à cause des convulsions et de l'opistotonos, injections sous-occipitales de 20-30 *cm*³, quotidiennes les trois premiers jours et chaque deux jours par la suite. A la sérothérapie sont associées des injections de sulfate de magnésie à 10 pour 100 et des prises de bromure et de chloral. Le lendemain, les convuslions sont un peu espacées, elles ne se répètent que chaque 15-20 minutes, le surlendemain chaque 2-3 heures, et disparaissent définitivement au troisième jour.

Après une semaine, la fièvre tombe et il ne reste que des raideurs musculaires qui finissent par disparaître complètement.

2e cas : Un charretier reçoit, sur une route et dans l'obscurité de la nuit, un fort coup sur son œil gauche, dont il ne peut s'expliquer la provenance. Trois jours après, il entre en notre service pour sa blessure de l'œil. Celui-ci a dû être énucléé. Trois jours plus tard, au 6e jour de son traumatisme oculaire, il commence à présenter un léger trismus et de la fièvre à 37°5. La sérothérapie antitétanique, par les mêmes voies que celles de notre 1er cas, est tout de suite commencée et la maladie jugulée en 4-5 jours sans que les accidents tétaniques aient pu se manifester au complet.

P. Grisel.

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE MÉDECINE
(Paris)

E. Aubertin, A. Lacoste et **R. Saric** (Bordeaux). ***Action des injections répétées d'insuline sur l'état structural et fonctionnel du tissu langerhansien (étude expérimentale et clinique)*** [*Annales de Médecine*, t. 43, n° 4, Avril 1938, p 253-285]. — A., L. et S. ont constaté expérimentalement que, sous l'effet d'injections répétées d'insuline, il se produit un enrichissement du pancréas en tissu insulaire, se traduisant par une augmentation du nombre et de la grandeur des îlots ainsi que du nombre des formes de passage acino-insulaire, et par la production de plages diffuses de remaniement exo-endocrine. Cet enrichissement semble se faire surtout au niveau de la tête du pancréas et il est surtout marqué pendant les premiers mois.

Le dosage de l'insuline contenue dans les pancréas d'animaux soumis à des injections répétées d'insuline montre un enrichissement qui paraît se constituer surtout dans les premiers mois du traitement.

L'exploration fonctionnelle du pancréas interne montre que l'insulinisation répétée provoque, chez l'animal normal, un véritable dérèglement de la fonction endocrine du pancréas, dont les auteurs tentent d'interpréter le mécanisme.

Ils étudient ensuite l'insulinothérapie et la fonction endocrine du pancréas chez les diabétiques et présentent diverses déductions pratiques.

L. Rivet.

Maurice Bariéty et **Denyse Kohler.** ***Les anisergies circulatoires entre les domaines périphérique, rénal et splénique*** (*Annales de Médecine*, t. 43, n° 4, Avril 1938, p. 285-307). — Sous le terme d'anisergie circulatoire, Maurice Villaret, L. Justin-Besançon et R. Cachera désignent l'inégalité des réactions produites dans les différents territoires vasculaires sous l'influence d'agents pharmaco-dynamiques variés.

Les recherches expérimentales relatées par B. et K les amènent à confirmer la généralité des phénomènes d'anisergie, c'est-à-dire l'indépendance des régimes circulatoires dans des territoires ou des organes différents, notamment dans les domaines périphériques, rénal et splénique.

Ces anisergies sont produites par des agents pharmacodynamiques variés. Il est intéressant de souligner leur modification à la suite d'associations pharmacodynamiques.

Les mécanismes de ces anisergies apparaissent très complexes: ils font appel à des processus d'ordre physiologique, pharmacodynamique et biochimique dont l'analyse ne peut encore qu'être ébauchée, mais dont la connaissance permet l'interprétation pathogénique de nombreux faits pathologiques et l'institution d'une thérapeutique rationnelle.

L. Rivet.

LE MONDE MEDICAL
(Paris)

A. Beley. ***Quelques considérations sur le traitement sympathicolytique par le tartrate d'ergotamine des troubles psychopathiques liés à un déséquilibre neuro-végétatif*** (*Le Monde Médical*, 15 Janvier 1938). — Le fonctionnement du système vago-sympathique est régi par la loi de l'amphotropisme: toute action qui tend à élever ou à diminuer le tonus d'une des branches de ce système nerveux modifie secondairement et dans le même sens la branche antagoniste. Il n'est donc plus possible de parler d'hyper- et d'hypotonie vagale ou sympathique, mais de dysamphotonie vago-sympathique.

Une fois connu chez le malade, le sens de la dystonie, deux thérapeutiques sont possibles. On peut agir directement sur le système prédominant ou, au contraire, chercher à modifier son frénateur naturel, c'est-à-dire le système antagoniste.

Ayant à traiter des psychoses évoluant sur un terrain neuro-végétatif à prédominance ortho-sympathique, M. Beley a adopté la première méthode et s'est adressé aux sympathicolytiques, en choisissant le tartrate d'ergotamine.

Les recherches ont porté sur des malades à constitution hyper-émotive, dont l'affectivité est en état permanent d'instabilité. Certains de ces malades réagissent surtout par des accès de manie franche, tandis que d'autres présentent, à intervalles irréguliers, des phases de mélancolie.

Les signes d'hypersympathicotonie se rencontrent aussi au cours des psychoses délirantes. Ils sont fréquents chez les obsédés, les phobiques et les psychasthéniques. Ils se manifestent par des signes basedowiens, des dermatoses, des vertiges, de la tachycardie paroxystique, etc...

Dans la majorité des cas traités par le tartrate d'ergotamine un fait est frappant: c'est la disparition totale de l'anxiété.

Dans les cas où l'examen du malade révèle une atteinte sous-corticale probable, dans la démence précoce et la débilité mentale, le tartrate d'ergotamine peut faire régresser les phénomènes anxieux surajoutés, sans agir nécessairement sur la base profonde des troubles psychiques.

La médication ergotaminique agit nettement sur les psychasthéniques simples, les obsédés, les petits excités à bouffées hypomaniaques, au cours de leurs phases d'anxiété avec dysamphotonie hypersympathicotonique.

B. n'a observé aucun incident particulier pendant toute la durée de son expérimentation.

REVUE MÉDICALE FRANÇAISE
(Paris)

Pilod. ***L'application de la vaccination associée triple anti-typho-paratyphoïdique, antidiphtérique et antitétanique dans l'armée*** (*Revue Médicale française*, t. 19, n° 5, Mai 1938. p. 377-386) — L'immunisation associée triple contre les fièvres typhoïdiques, la diphtérie et le tétanos est devenue obligatoire dans l'armée depuis la loi du 14 Août 1936. Elle est pratiquée par 3 injections faites à 15 jours d'intervalle, aux doses de 2, 3 et 3 cm^3 d'un mélange d'anatoxine diphtérique correspondant à 70 unités, d'anatoxine tétanique (28 unités) de 7.200 millions de bacilles typhiques, 4.800 millions de chacun des paratyphiques A et B.

Pour apprécier le degré d'immunité obtenue par ces 3 injections, des dosages ont été effectués sur 418 sérums de sujets vaccinés, prélevés 8 jours, 30 jours et 10 mois après la vaccination, afin d'apprécier à ces diverses époques leur pouvoir antitoxique.

8 jours après la dernière injection, un seul sérum sur 238 contenait moins de 1/30 d'unités antitoxiques antidiphtériques, c'est-à-dire que 99,58 pour 100 des vaccinés pouvaient être considérés comme valablement immunisés contre la diphtérie. Au bout d'un mois, le titre antitoxique des sérums s'était peu modifié. Au dixième mois, 10 pour 100 des sérums titraient moins de 1/30 d'unités antitoxiques, c'est-à-dire qu'ils pouvaient être considérés comme redevenus réceptifs. En Haute-Alsace, la diphtérie sur les militaires a passé de 172 cas en 1933 à 19 cas en 1938.

Pour le tétanos, 1 mois après la vaccination, 98 pour 100 des sérums offraient un pouvoir antitoxique égal ou inférieur à 1/30 d'unités, le plus faible décelait encore 1/100 d'unité.

10 mois après, pour 96 pour 100 des sujets, le pouvoir antitoxique dépassait encore 1/30 d'unité. Sur 82 sérums titrés 11, 12 et 13 mois après la dernière injection vaccinale, 91 pour 100 titraient plus de 1/30 d'unité, 6 titraient 1/100 d'unité, 1 seul était inférieur à 1/500. Par comparaison avec le cheval, on peut estimer que 1/300 d'unité antitoxique suffit à protéger l'homme contre le tétanos.

La valeur de l'immunité antityphoïdique est plus difficile à apprécier. Elle se juge sur les faits épidémiologiques. Le vaccin triple semble avoir un effet analogue au vaccin T.A.B. simple, la proportion des cas survenus chez les vaccinés étant du même ordre de grandeur. Les infections typhoïdiques ont diminué sensiblement depuis ces dernières années. Les réactions sont analogues à celles observées avec le vaccin T.A.B. Le pourcentage des réactions fortes et moyennes est d'environ 10 pour 100.

Robert Clément.

REVUE D'IMMUNOLOGIE
(Paris)

P. Sédallian, F. Jourdan et **Mme C. Clavel.** ***La répartition des anticorps dans l'organisme immunisé*** (*Revue d'Immunologie*, t. 4, n° 3, Mai 1938, p. 220). — Afin d'étudier la répartition dans l'organisme des anticorps acquis par l'immunisation active, S., J. et C. ont utilisé différentes techniques (comparaison des anticorps dans le sang veineux et artériel de chaque viscère, recherche dans les organes après lavage total par perfusion à l'eau physiologique, substitution sanguine). La peau, le rein, le myocarde, l'aorte et le poumon paraissent dans ces conditions conserver des agglutinines, mais comme les chiffres trouvés sont très variables, il semble que leur origine puisse être considérée comme sanguine, et leur présence s'expliquerait par la difficulté qu'il y a à débarrasser ces organes du sang qu'ils contiennent. Dans les autres viscères, il est impossible de mettre en évidence des anticorps. Tout se passe donc comme s'il n'y en avait pas ou extrêmement peu en dehors du plasma sanguin, et il n'est pas possible de dire quel organe ou quel tissu leur donne naissance.

J. Bretey.

REVUE DE LA TUBERCULOSE
(Paris)

André Jeurissen (Eupen, Belgique). ***La richesse des B. K. en granulations gramophiles au cours de la tuberculose pulmonaire*** (*Revue de la tuberculose*, Ve série, t. 4, n° 4, Avril 1938, p. 398-424). — Les bacilles sont d'autant plus granuleux que la forme de l'affection est plus fibreuse, c'est-à-dire

que l'évolution est plus lente. Au fur et à mesure que les bacilles expectorés se raréfient avant de disparaître, ils augmentent proportionnellement leur richesse granulaire. Ceci amène à se demander si un bacille plurigranulaire est moins virulent qu'un bacille paucigranulaire.

La virulence du microbe est surtout fonction du milieu où il vit. La virulence de base est une propriété inhérente à la souche. La virulence relative est inversement proportionnelle à la défense, et la moyenne granulaire subit des modifications parallèles. Aussi, peut-il sembler logique de relier la notion de virulence relative à la présence de granulations intra-bacillaires et d'attribuer une virulence relative moindre aux bacilles plurigranulaires qu'aux bacilles paucigranulaires. L'abondance des granulations semble la signature des mauvaises conditions de vie microbienne. Si celles-ci s'améliorent (hémoptysies, catarrhes banaux, etc.), l'aspect bacillaire changera et la virulence relative augmentera aussitôt.

On attribue aux éléments cellulaires, au pu, un rôle dans l'évolution de la morphologie du bacille de Koch.

Dans une certaine mesure, l'étude de la formule granulaire peut constituer un élément de pronostic.

L. Rivet.

W. Jullien (Pau) et **Pierre Babeau** (Tours). ***L'oléo-thorax irritatif*** (*Revue de la tuberculose*, V^e^ série, t. 4, n° 5, Mai 1938, p. 518-539). — L'existence de lésions irréductibles, sous un pneumo pourtant complet et sans brides ou cordages, appelle une intervention complémentaire, l'oléo-thorax irritatif, que J. et B. emploient depuis près de 2 ans sous forme d'injections intra-pleurales d'huile goménolée à faible dose. Cette méthode leur a donné des succès rapides dans ces variétés de pneumothorax où aucun obstacle visible ne s'oppose à la rétraction pulmonaire. J. et B. l'emploient exclusivement pour collaber une lésion inerte, et, négligeant l'action mécanique des quelques centimètres cubes de liquide injecté, ils font appel à l'action réflexe et surtout aux perturbations vasculaires déclenchées au niveau du poumon par l'injection irritative. Ils précisent leur technique, les phénomènes réactionnels qui suivent l'injection intrapleurale d'huile goménolée, les complications, les indications et contre-indications. Ils relatent enfin quelques observations se rapportant aux différents cas où cette méthode peut être utilisée avec succès, qu'il s'agisse de lésions irrétractiles sous un pneumo pourtant complet et sans adhérences, ou de lésions inertes, malgré une libération complète du moignon pulmonaire par une section de brides.

L. Rivet.

LE DAUPHINE MEDICAL
(Grenoble)

R. Moynier et **E. Berthet.** ***Etude expérimentale de l'action leucolytique du benzène*** (*Le Dauphiné Médical*, t. 58, n° 3, Mars 1938, p. 61-65). — L'action du benzène introduit par voie sous-cutanée, intra-musculaire, intra-veineuse, respiratoire et digestive sur le nombre des leucocytes du lapin et du chien a été recherchée en faisant varier les doses.

On a utilisé un benzène cristallisé exempt de thiophène.

Quelle que soit la voie d'introduction, l'action du benzène sur les globules blancs est variable suivant la dose du produit et suivant les espèces animales. Le lapin est beaucoup plus sensible que le chien à l'action toxique de cette substance.

Sur le lapin, l'injection quotidienne de 1/4 à 10 cm^3 de benzène pendant 5 à 16 jours produit une diminution des leucocytes qui semble proportionnelle à la dose employée. Les 8 lapins sont morts.

Chez le chien, le benzène administré à petites doses produit une hyperleucocytose de moyenne importance. A haute dose, il diminue nettement le nombre des leucocytes et provoque la mort assez rapidement.

Les inhalations de benzène à une concentration variant de 10 à 20 *mg.* par litre d'air, pendant 40 minutes deux fois par jour, pendant 7 à 23 jours, a produit une augmentation des leucocytes notable chez 2 chiens, une diminution chez le troisième, pas de modification sensible chez le quatrième.

Robert Clément.

LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON
(Lyon)

P. Savy, A. Vachon et **D. Vincent.** ***La xanthochromie cutanée carotinémique*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. 19, n° 439, 20 Avril 1938, p 245-251). — La coloration jaune de la peau due à l'augmentation du taux des pigments caroti-noïdes dans le sang se présente cliniquement sous deux aspects: le plus souvent, la xanthochromie reste localisée aux paumes de la main et aux plantes des pieds; dans quelques cas, elle est diffuse et réalise un aspect pseudo-ictérique.

Le diagnostic est relativement facile en raison de la prédominance palmo-plantaire, de la coloration nuance orangée un peu spéciale, de l'absence de pigments biliaires dans les urines et en général de l'absence de la coloration des conjonctives.

On le vérifie par le dosage du carotène dans le sang: le taux normal varie de 0 *mg.* 3 à 0 *mg.* 7 par litre, augmentant avec l'âge. Chez les malades xanthochromiques, la carotinémie s'élève de 1 à 3 *mg.*

S., V. et V. rapportent 6 observations de xanthochromie cutanée carotinoïde. Dans 4 cas, elle était localisée palmo-plantaire et 2 fois généralisée.

Quatre fois le régime alimentaire était normal; 2 sujets seulement avaient un régime à prédominance végétarienne, l'un d'eux spécialement riche en légumes verts. Les malades avaient 17, 19, 30, 34, 43 et 49 ans. Si un sujet ne présentait pas de troubles hépatiques, les 5 autres avaient soit de l'intolérance aux graisses et des migraines, soit des coliques hépatiques; l'un d'eux était un alcoolique à gros foie. Aucun sujet n'était diabétique.

Si on peut noter parfois, à l'origine de la pigmentation carotinoïde, l'ingestion manifestement exagérée d'éléments riches en carotène, il n'en est pas toujours ainsi et, dans certains cas, l'alimentation ne comporte qu'une quantité modérée de pigment. Dans ces cas, il faut faire intervenir un trouble du métabolisme du carotène. Dans la transformation du carotène, le foie semble jouer un rôle important. Dans la pathogénie de la xanthochromie carotinémique, il faut accorder une place importante à l'insuffisance hépatique. L'affection est bénigne et en général passagère.

Robert Clément.

P. Savy, M. Girard et **D. Vincent.** ***La réaction de Takata. Son intérêt dans les maladies du foie*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. 19, n° 439, 20 Avril 1938, p. 261-265). — 118 résultats chez les malades porteurs d'affections hépatiques diverses, médicales et chirurgicales, montrent l'intérêt de cette réaction au point de vue diagnostique et pronostique.

Dans les cirrhoses alcooliques confirmées, la réaction a été positive 45 fois sur 46. La réaction négative (2 fois) se rapporte à une cirrhose hypertrophique anascitique avec albuminurie chronique, sans confirmation anatomique. Dans 25 cas de cirrhose atrophique, il y eut 16 réactions très positives, 7 positives, 2 légèrement positives. Dans 21 cas de cirrhose hypertrophique, 6 fois, la réaction a été très positive, 10 fois positive, 4 fois légère, 1 fois négative.

Chez les alcooliques notoires, sans signes cliniques de cirrhose (30 cas), la réaction de Takata est, dans la majorité des cas, négative; 6 fois seulement, elle fut légèrement positive sur 30 malades, alors que chez 16 d'entre eux le coefficient de Maillard était au-dessus de 8.

L'épreuve n'est pas spécifique des affections hépatiques, on la trouve positive dans diverses maladies, tuberculose pulmonaire, leishmaniose, certaines néphrites.

Dans un grand nombre de cas d'affections des voies biliaires extra-hépatiques, la réaction est négative. Mais la positivité n'est pas une contre-indication opératoire.

La valeur pronostique de l'épreuve n'est pas douteuse. Son intensité concorde en général avec la gravité de l'atteinte hépatique.

Robert Clément.

P. Santy, M. Treppoz, M. Bérard et **J. Francillon.** ***Indications actuelles du pneumothorax extra-pleural chirurgical dans le traitement de la tuberculose pulmonaire*** (*Le Journal de Médecine de Lyon* t. 19, n° 440, 5 Mai 1938, p. 289-292). — Le pneumothorax extra-pleural est basé sur l'existence d'un plan de clivage entre le fascia endothoracique et la plèvre pariétale. On l'emploie dans le traitement des cavernes du sommet lorsqu'une symphyse totale ou partielle rend impossible l'usage de la méthode de Forlanini. Il est indiqué dans le cas de cavernes avec plèvre symphysée. Il réalise un collapsus vertical que la thoracoplastie ne peut donner et laisse à la lésion toute facilité pour se rétracter.

Le pneumothorax extra-pleural se fait sous anesthésie locale, avec résection d'une seule côte, sur quelques centimètres seulement. Ses inconvénients résident dans la difficulté de la surveillance et de l'entretien. La cavité tend toujours à se resymphyser, il faut surveiller sans cesse radiologiquement et être toujours prêt à ponctionner ou à insuffler.

Son indication de choix est la caverne récente, unilatérale, excavant le centre du lobe supérieur avec symphyse peu épaisse. En principe, le parenchyme péricavitaire doit être sain ou tout au moins ne pas dépasser le stade d'un léger infiltrat. Les indications sont analogues à celles d'un pneumothorax; cependant, il faut être plus circonspect car il s'agit tout de même d'une intervention chirurgicale.

S., T., B. et F. ont pratiqué 15 fois cette intervention avec des succès divers. Les premiers résultats ont été les plus mauvais, les premières tentatives s'adressaient à des cas relativement médiocres.

Les incidents post-opératoires graves, les poussées évolutives, les effractions pleurales ont été la conséquence d'indications encore incertaines et d'une technique à ses débuts.

A côté de collapsus complets qu'on n'aurait pu obtenir par aucune autre méthode, on constate dans certains cas des rétrocessions incomplètes, ce n'est qu'au bout de 2 ou 3 ans qu'on pourra juger des effets définitifs de cette méthode de collapsus.

Robert Clément.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Berlin)

F. Umber, F. K. Störring et **W. Follmer.** ***Résultat d'une nouvelle insuline-dépôt sans adjonction de protamine*** (*Klinische Wochenschrift*, t. 17, n° 13, 26 Mars 1938, p. 443-446). — U. et ses collaborateurs ont montré déjà dans des travaux antérieurs (voir *La Presse Médicale* du

6 Mars 1937 et du 10 Août 1938) que diverses insulines associées à la protamine seule ou à la protamine et au zinc se montrent très supérieures à l'ancienne insuline. Néanmoins, il paraissait nécessaire d'arriver à réaliser une action de dépôt sans adjonction de protéines ou de produits de désintégration des protéines.

Dans une nouvelle préparation, l'action de l'insuline se trouve retardée par l'adjonction d'une combinaison cyclique du chlorhydrate de bis 2-méthyl-4-aminoquinolyl-6-carbamide (surfène). Après quelques essais, cette préparation a fini par se montrer l'équivalent de l'insuline-protamine tout en ayant l'avantage d'être délivrée en ampoules prêtes pour l'emploi. En expérimentant sur les lapins à jeun, on a constaté que les effets de l'insuline-surfène sont aussi retardés que ceux de l'insuline-protamine par rapport à ceux de l'ancienne insuline. L'observation clinique poursuivie par U., S. et F. sur 75 diabétiques dont les besoins en insuline avaient été antérieurement trouvés constants a montré que deux injections d'ancienne insuline peuvent être facilement remplacées par une seule injection d'insuline-surfène faite le matin. De même, en cas de diabète sévère, trois injections d'ancienne insuline étant remplacées par deux injections d'insuline-surfène. La dose totale a pu d'ailleurs être réduite d'un tiers et en répartissant d'une façon appropriée l'ingestion d'hydrates de carbone, la glycémie a été rendue, avec ce nouveau médicament, beaucoup plus régulière qu'auparavant et les réactions insuliniques sont devenues beaucoup plus rares.

Les expériences ainsi faites ont montré que l'insuline-surfène donne des résultats au moins aussi bons que l'insuline-protamine. Des comparaisons ont été également faites dans 10 cas avec une insuline-protamine-zinc. Là aussi, on a constaté l'équivalence des deux produits. La stabilité de l'insuline-surfène ne peut pas être encore appréciée parce que l'emploi de ce médicament ne remonte guère qu'à deux mois.

Localement, l'insuline-surfène n'a donné lieu à des phénomènes d'irritation qu'une seule fois sur 75 diabétiques. Il s'agissait d'ailleurs d'un malade ayant été atteint à plusieurs reprises d'urticaire et très sensible pour quelques-unes des insulines ordinaires du commerce.

Les réactions hypoglycémiques ont été beaucoup plus rares, mais ces réactions, quand elles se sont produites, n'ont souvent pas été diagnostiquées à temps par les malades. Elles se sont manifestées surtout par des maux de tête, parfois de caractère migraineux, avec diminution du pouvoir de concentration, amnésie, apathie, obnubilation, voire même pertes de conscience. La sensation de faim, les sueurs, les palpitations et les tremblements qui caractérisent les réactions provoquées par l'ancienne insuline n'ont pas été observés. Il faut donc admettre que les symptômes neurovégétatifs déclanchés par l'hypoglycémie brusque de l'ancienne insuline et dus à l'arrivée dans le sang d'adrénaline et de thyroxine en excès ne se produisent pas parce que, avec ce nouveau produit, la chute de la glycémie se fait lentement.

Il semble, en somme, que l'action de dépôt obtenue par une substance non protéinique offre des avantages sur les procédés utilisés jusqu'ici.

P.-E. Morhardt.

F. Schellong. *Diagraphie vectorielle du cœur comme méthode clinique* (*Klinische Wochenschrift*, t. 17, n° 13, 26 Mars 1938, p. 453-457). — La courbe de l'électrocardiogramme traduit les modifications des différences manifestes de potentiel qui se produisent du fait de battements de cœur pour une dérivation déterminée. Avec son schéma en triangle, Einthoven a montré comment on réussit, par le moyen d'un électrocardiogramme donné par trois extrémités, à déterminer à la fois la grandeur et la direction des différences manifestes de potentiel. S. est arrivé à simplifier ce mode d'inscriptions en prenant simultanément sur un même appareil à enregistrement les courbes de deux dérivations, ce qui est rendu possible par le tube de Braun, mobile dans toutes les directions. Il a pu ainsi fournir une représentation satisfaisante des conditions spatiales par la méthode de la diagraphie vectorielle consistant à utiliser deux dérivations disposées à angle droit par rapport l'une à l'autre, c'est-à-dire dans le plan frontal et dans le plan sagittal. Avec les deux courbes ainsi obtenues, on peut construire, avec un fil de fer flexible, un modèle qui reproduit ces courbes, non plus sur un plan, mais dans l'espace et qui peut être photographié. On peut alors, comme les figures reproduites dans ce travail le montrent, examiner ces photographies avec un appareil stéréoscopique.

Normalement, on constate que la diagraphie vectorielle donne pour le segment QRS une onde située à peu près dans un plan correspondant au plan frontal. Cette onde, qui a la forme générale d'une ellipse, ne présente pas d'interruptions. L'onde correspondant à T occupe un plan dont les relations avec le plan QRS sont bien définies. L'onde QRS correspond d'une faon remarquable avec la position du cœur et permet de faire, par suite, le diagnostic de position verticale et de position transversale. Dans l'inspiration profonde, le plan de cette onde se déplace pour se rapprocher du plan sagittal. Le courant parcourt cette onde en général dans le sens des aiguilles d'une montre. Il peut aussi, parfois, être renversé. Ce fut le cas chez un malade qui présentait de l'hypertrophie gauche avec allolégie, état dans lequel l'excitation persiste pendant la période correspondant à l'onde T.

Cette méthode nouvelle ne peut pas être considérée comme indépendante, car elle ne donne pas des renseignements assez clairs, sauf dans quelques circonstances où il s'agit d'élucider des particularités de l'électrocardiographie ordinaire. Elle donne, par contre, des renseignements plus précis que l'électrocardiogramme ordinaire sur les phénomènes qu'on essayait d'interpréter en étudiant la hauteur et la direction des accidents. P.-E. Morhardt.

Michael Heinz Bröder. *Remarques sur les fondements neurohistologiques des avitaminoses* (*Klinische Wochenschrift*, t. 17, n° 13, 26 Mars 1938, p. 461-465). — B. remarque que la neurologie doit aujourd'hui s'occuper de préciser le rôle des avitaminoses dans certaines affections nerveuses et plus spécialement dans la dégénérescence funiculaire. En faveur de l'opinion qui considère cette dégénérescence comme une avitaminose, on doit noter le fait qu'elle s'observe souvent dans le béribéri. Néanmoins, on n'a pas encore démontré que cette affection doit effectivement être considérée comme une avitaminose B_1. Il en est de même pour la névrite rétrobulbaire. En ce qui concerne la polynévrite, le rôle de l'avitaminose est encore plus discutable. D'ailleurs, on doit actuellement éprouver quelques scrupules à conclure, des guérisons cliniques obtenues grâce aux vitamines, à un rôle étiologique de ces dernières. C'est d'ailleurs une erreur que d'identifier les altérations des nerfs périphériques et celles de la moelle. Dans la dégénérescence funiculaire, les lésions périphériques sont insignifiantes et en tout cas peu caractéristiques. De même, il n'y a pas identité entre les lésions de la polynévrite et celles de la névrite rétrobulbaire.

D'une façon générale, dans la littérature sur les vitamines, on n'a pas tenu compte des trois caractères histologiques qui doivent être pris en considération : la désintégration subaiguë des graisses, le comportement de la névroglie et celui des cylindraxes.

B. a donc entrepris des recherches sur des animaux soumis à un régime sans vitamine A ou sans vitamine B_1. Il a constaté ainsi que la dégénérescence de Marchi, considérée par quelques auteurs comme pathognomonique de l'avitaminose, s'observait même chez des rats nourris normalement. De même, en colorant la myéline par la méthode de Spielmeyer, on a pu mettre en évidence des désintégrations apparentes aussi bien chez les animaux normaux que chez ceux qui étaient soumis à un régime sans vitamine B_1. D'ailleurs, les rats ne sont pas indemnes d'affections spontanées. B. a rencontré des cas de sclérose dense dans le champ ovale des cordons postérieurs, lésions dont le début était bien antérieur au moment où le régime carencé avait commencé.

D'autre part, il n'a pas été jusqu'ici possible de faire apparaître expérimentalement chez l'animal des affections analogues à la dégénérescence funiculaire. Les constatations différentes faites jusqu'ici et notamment par Gildea, Kattwinkel et Castle sont considérées par B. comme relevant d'une affection spontanée. Des dégénérescences funiculaires ont été observées chez les singes et peuvent sans doute survenir également chez les chiens. En somme, on doit admettre que, jusqu'ici, on ne connaît pas d'altérations du système nerveux central ou périphérique qui puissent être considérées comme spécifiquement avitaminosiques.

P.-E. Morhardt.

Hellfried Rosegger. *Une épreuve de coagulation par la chaleur du liquide céphalo-rachidien de l'homme* (*Klinische Wochenschrift*, t. 17, n° 14, 2 Avril 1938, p. 498-501). — Le liquide céphalo-rachidien normal et plus ou moins riche en cellules, chauffé au bain-marie pendant 10 ou 15 minutes, présente des phénomènes de coagulation légers et peu significatifs. La floculation par le chlorure de calcium que Weltmann utilise dans ses épreuves de coagulation du sérum et qui a donné à R. de bons résultats a conduit ce dernier à rechercher si l'adjonction de chlorure de calcium au liquide céphalo-rachidien ne donnerait pas également lieu à une floculation intéressante. Il a été ainsi constaté que dans une série de 10 solutions de $CaCl_2$ de concentrations croissantes (de 0,25 à 5 pour 100) — solutions qui sont numérotées de 1 à 10 et auxquelles on adjoint une quantité déterminée de liquide céphalo-rachidien — on obtient, par le chauffage, soit une floculation fine, analogue à des flocons de neige qui se meuvent avec vivacité dans le liquide encore chaud, soit des floculations plus ou moins grossières. Une augmentation de la concentration de $CaCl_2$ empêche ces phénomènes de se produire.

Avec des liquides céphalo-rachidiens normaux, on constate ainsi soit une simple opalescence des tubes moyens, soit une floculation du premier degré (flocons de neige) des tubes 7 à 9.

Dans les liquides pathologiques, on observe un trouble marqué, d'intensité variable, ou des coagulats plus ou moins grossiers pouvant sédimenter plus ou moins rapidement.

Les résultats obtenus peuvent être ainsi inscrits sur un graphique dont l'abscisse est constituée par le nombre de tubes ou par les concentrations en $CaCl_2$ et les ordonnées par le degré d'opacification ou de floculation.

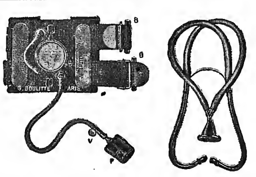
Dans les cas très pathologiques, méningite à méningocoques, par exemple, on rencontre des floculations déjà pour des concentrations de 0,2 pour 1.000. Dans le groupe des processus syphilitiques, comme la paralysie générale et la syphilis cérébrale, les résultats sont également caractéristiques, même quand la réaction de Wassermann est négative.

Il paraît probable que cette réaction de coagulation a des relations très étroites avec la teneur en protéines du liquide céphalo-rachidien, mais on ne saurait rien affirmer de précis à ce sujet.

P.-E. Morhardt.

Carl Riebeling. *Réaction acide chlorhydrique-collargol, nouvelle réaction du liquide céphalo-rachidien* (*Klinische Wochenschrift*, t. 17, n° 14, 2 Avril 1938, p. 501-504). — La méthode consiste,

Établissements **G. BOULITTE** 15 à 21, rue Bobillot, PARIS (13e)



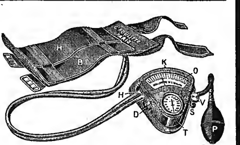
ARTÉROTENSIOMÈTRE nouveau modèle de DONZELOT.
Cet appareil a été mis au point dans le service du Pr VAQUEZ.

Appareils de Précision
pour la MÉDECINE et la PHYSIOLOGIE

TOUS LES MODÈLES
D'APPAREILS POUR LA MESURE DE LA PRESSION ARTÉRIELLE

ÉLECTROCARDIOGRAPHES
Modèles fixes à 1, 2 et 3 cordes. — Modèles portatifs.

DIATHERMIE



Nouvel **OSCILLOMÈTRE** universel de G. BOULITTE.
Breveté S. G. D. G.

Catalogue sur demande. | **Appareils pour la mesure du MÉTABOLISME BASAL** | Livraisons directes Province et Étranger.

FOSFOXYL
Carron

TERPÉNOLHYPOPHOSPHITE DE SODIUM ($C^{10}H^{16}PO^{3}Na$)

MÉDICATION PHOSPHORÉE POUR ADULTES & ENFANTS

ACTIVITÉ MAXIMA – TOLÉRANCE PARFAITE

INDICATIONS :

CARENCE PHOSPHORÉE
INSUFFISANCES GLANDULAIRES
MALADIES DE LA NUTRITION
TROUBLES DE L'OSSIFICATION
SURMENAGES INTELLECTUELS

3 FORMES
D'ÉGALE ACTIVITÉ THÉRAPEUTIQUE

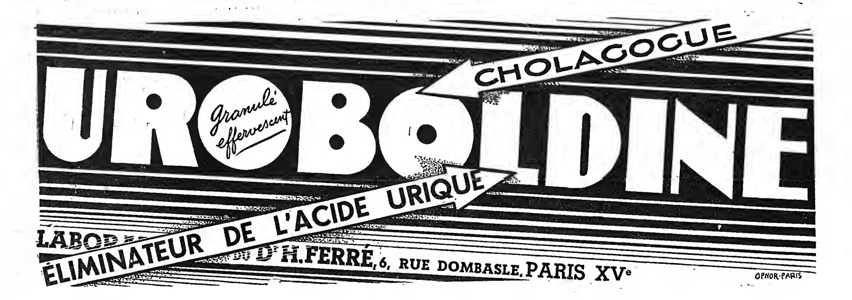
SIROP DE FOSFOXYL
4 cuillères à café par 24 heures

LIQUEUR DE FOSFOXYL
4 cuillères à café par 24 heures
(indiquée pour diabétiques)

PILULES DE FOSFOXYL
8 pilules par 24 heures

POSOLOGIE POUR ENFANTS
(consulter la littérature)

Laboratoire CARRON – 69, Rue de Saint-Cloud – CLAMART (Seine)



comme celle de Zsigmondy, à utiliser le pouvoir protecteur du liquide céphalo-rachidien à l'égard d'une solution concentrée et capable de provoquer la précipitation d'un sel de collargol. La solution précipitante ainsi utilisée est de l'acide chlorhydrique à n/500. On obtient ainsi une courbe qui, dans une certaine mesure, indique quantitativement l'importance de cette propriété protectrice.

En diluant dans la proportion de 1/300 du sérum avec une solution salée physiologique, on obtient un liquide qui contient à peu près autant de protéines qu'un liquide céphalo-rachidien normal et qui donne la même réaction acide chlorhydrique-collargol, qu'un liquide céphalo-rachidien normal, c'est-à-dire une zone de protection qui apparaît à partir de la 3e (1/10), de la 4e (1/15) ou de la 5e (1/20) dilution.

Avec un liquide pathologique de paralysie générale, par exemple, on observe une zone de protection qui débute comme normalement puis cesse pour les dilutions 6 (1/40) à 9 (1/320), pour reparaître dans les dilutions supérieures.

Cette seconde zone fait de la réaction acide chlorhydrique-collargol un instrument de très grande sensibilité qui donne des résultats positifs là où d'autres réactions colloïdales sont complètement négatives.

L'adjonction de sérum à du liquide céphalo-rachidien fait apparaître cette seconde zone de protection. Il semble que dans ces conditions, une protéine spécifique est nécessaire pour provoquer ce phénomène.

En cas d'hypertonie et d'urémie, on observe un type spécial de réaction caractérisée par une diminution lente du pouvoir protecteur.

P.-E. Morhardt.

ZENTRALBLATT für INNERE MEDIZIN (Leipzig)

K. Hoesch. ***Migraine et insuffisance parathyroïdienne*** (*Zentralblatt für innere Medizin*, t. 58, n° 49, 4 Décembre 1937, p. 945-955). — D'après H. une forme de la migraine vraie peut être considérée comme résultant d'un trouble du fonctionnement parathyroïdien. Si un migraineux se plaint de fatigabilité, de froid aux mains et aux pieds, de constipation, de paresthésies, de troubles circulatoires, de dysménorrhée, on dirigera l'examen dans le sens d'une insuffisance parathyroïdienne ; on contrôlera donc la calcémie à plusieurs reprises ou tout au moins au moment de l'accès ; on fera aussi l'examen électrique des nerfs et l'on aura recours à la lampe à fente pour déceler une cataracte encore latente. A la suite d'une violente excitation psychique une hypocalcémie soudaine peut se produire et l'accès éclater.

Du point de vue thérapeutique, il a suffi dans les 5 observations relatées de faire prendre de la préparation A. T. 10 de Holtz (solution huileuse à 0,5 pour 100 de déhydrotachystérine) qui a la propriété de relever la calcémie et a donné de bons résultats dans l'épilepsie et la tétanie, affections parentes de la migraine. Avec 1 cm³ par jour, on arrive à rendre la calcémie normale; on cherchera à la maintenir ainsi pendant un mois. On fera bien d'augmenter la dose à l'approche des règles, en cas de surmenage physique, etc., jusqu'à 3 ou 4 cm³. Ce n'est pas une panacée contre toute espèce de migraine et son emploi doit être surveillé soigneusement. Quelques observations très précises éclairent la valeur de cette thérapeutique.

P.-L. Marie.

H. Bohn et **H. Runge.** ***Traitement de la cirrhose du foie par l'alimentation crue*** (*Zentralblatt für innere Medizin*, t. 59, n° 11, Mars 1938, p. 193-200). — Dans la cirrhose du foie les aliments crus employés exclusivement (cure de Grote avec adjonction de sucs de fruits et de légumes, en particulier d'épinards et de raifort) ont procuré de beaux résultats à B. et R. Ils ont vu disparaître très vite l'ascite et rétrocéder les signes objectifs traduisant le trouble de la fonction hépatique; la réaction de Takata en particulier devient assez souvent négative. Cette cure satisfait très bien à la nécessité de donner le moins de sel possible, tout en ne dépouillant pas l'organisme de la quantité de sel qui lui est nécessaire, à l'inverse de certains agents, tels que les sels mercuriels, qui, par la déshydratation qu'ils provoquent, peuvent amener une perte de sel dangereuse pour le foie

P.-L. Marie.

I. A. Rühl. ***Pourquoi le cœur des hypertendus cède-t-il?*** (*Zentralblatt für innere Medizin*, t. 59, n° 14, 2 Avril 1938, p. 242-251). — Des recherches expérimentales de R. et d'autres auteurs il résulte que: 1° l'augmentation antiphysiologique du travail du cœur résultant de l'accroissement de la résistance artérielle exagère de façon disproportionnée la consommation d'oxygène du cœur (comparée à l'augmentation du travail du cœur due à l'accroissement du débit par minute); par suite, le travail du cœur devient beaucoup moins économique; 2° le cœur, sous l'influence de la surcharge de pression, se dilate beaucoup plus; 3° le métabolisme de l'acide lactique du cœur ne présente pas d'anomalies foncières; en particulier, rien ne fait penser à une « dette d'oxygène » avec accumulation d'acide lactique.

Ces résultats ne valent que pour le cœur isolé et privé de ses nerfs. On ne peut donc les transposer en clinique, d'autant plus que Gremel a montré que la consommation d'oxygène du cœur isolé peut être très influencée par les substances actives sur le sympathique et le parasympathique, telles que l'adrénaline et l'acétylcholine, à doses minimales physiologiquement actives. Mais si ces résultats ne valent pas quantitativement, ils s'appliquent qualitativement à la clinique et on est en droit de tenir compte des faits expérimentaux dans l'interprétation des constatations cliniques faites chez les hypertendus.

En clinique, on constate que les troubles objectifs et subjectifs traduisent la surcharge particulière du cœur due à l'élévation de la pression, cette surcharge se faisant sentir plus précocement et plus intensément que la surcharge résultant d'une augmentation du débit. L'accroissement de la consommation d'oxygène chez les hypertendus représente également une surcharge préalable qui rend le cœur plus sensible à l'égard du manque d'oxygène de toute nature. Le cœur des hypertendus réagit par l'hypertrophie à l'augmentation de la pression ; mais cette hypertrophie est elle-même un obstacle à la bonne irrigation du myocarde et à son approvisionnement en oxygène, en allongeant le chemin que le sang doit parcourir dans le muscle, si bien que l'hypertrophie par elle-même favorise le fléchissement du cœur. Il faut y ajouter encore les facteurs intervenant dans la production de la décompensation cardiaque: surmenage physique, apparition de troubles du rythme, qui accroissent le besoin d'oxygène, et intervention des infections, même légères, qui produisent des modifications de la perméabilité des capillaires à distance des foyers d'inflammation, compromettant l'approvisionnement en oxygène. Elévation de la pression, augmentation des besoins du cœur en oxygène, hypertrophie, mauvaises conditions de l'approvisionnement du cœur en oxygène, et corrélativement troubles de la circulation coronarienne rendant difficile l'apport d'oxygène, constituent chez le malade un véritable cercle vicieux que l'expérimentation permet de bien comprendre.

P.-L. Marie.

MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

K. Oxenius. ***Quand doit-on faire jeuner un nourrisson? Quand ne le doit-on pas?*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. 84, n° 36, 3 Septembre 1937, p. 1401-1402). — On a reconnu avec raison l'utilité de la diète dans les affections aiguës du tube digestif.

Mais il importe de savoir quand cette diète doit cesser, et aussi, lors de troubles moins accentués, dans quelques cas on doit restreindre l'alimentation des enfants.

O. considère que le meilleur guide consiste à obéir à l'instinct des nourrissons et à leur donner à manger et à boire quand ils ont faim.

Il envisage successivement plusieurs types d'affections au cours desquelles un jeûne relatif est effectué volontairement ou non.

1° Les vomisseurs habituels constituent un groupe de plus en plus important. Ces enfants sont sous-alimentés parce qu'ils vomissent.

Or, les vomissements reconnaissent fréquemment pour cause des erreurs diététiques. Parmi celles-ci O. incrimine le principe, qu'il juge excessif, du maintien strict des heures de repas.

Il s'agirait fréquemment, selon lui, d'enfants nerveux que l'on réveille pour les faire manger et à qui on refuse un repas supplémentaire à l'heure où ils le désirent. Certains sujets doivent avoir des repas espacés, chez d'autres il y a intérêt à diminuer les intervalles; l'étude de l'enfant et de ses tendances instinctives serait à ce point de vue indispensable.

En outre la diététique est importante et la valeur nutritive des biscottes réduites en poudre serait à considérer.

2° Les enfants nourris au sein sont souvent sous-alimentés lorsque leur mère n'a pas assez de lait.

3° La crainte de voir survenir une diathèse exsudative (eczéma suintant en particulier) conduit certaines mères de familles à trop diminuer la ration alimentaire de leur enfant. La crainte du rachitisme amène aussi parfois à soumettre ces nourrissons à un régime insuffisant.

Dans l'ensemble, un régime alimentaire bien conduit, arrivant progressivement à se rapprocher du régime des adultes, doit apporter au nourrisson une ration constamment suffisante : le nourrisson doit avoir assez, il ne doit être ni au-dessous, ni au-dessus de sa ration utile.

Quant à la question de savoir quand il doit jeuner et quand il ne le doit pas, O. y répond brièvement mais de façon peu conformiste: quand il veut !

G. Dreyfus-Sée.

E. Gabriel. ***Les règles générales du traitement des alcooliques*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. 84, n° 45, 5 Novembre 1937, p. 1774-1778, et n° 46, 12 Novembre 1937, p. 1818-1821). — Il importe tout d'abord de définir précisément l'alcoolisme et d'établir la limite entre le buveur habituel et l'alcoolique. En outre, il faut différencier l'alcoolisme réel initial et l'alcoolisme secondaire greffé sur une lésion organique du système nerveux (alcoolisme des syphilitiques cérébraux, des traumatisés craniens, etc.). Enfin, la question de la responsabilité des alcooliques se pose également et il importe que ces malades soient convaincus de leur « faute » et décidés à faire effort pour s'en corriger.

L'organisation des cures, la participation des organismes de prévoyance et d'assistance est à envisager. Dans nombre de cas il faut que les alcooliques soient hospitalisés, mais on doit pouvoir éliminer des établissements de cure les récidivistes impénitents, les sujets indisciplinés ainsi que ceux qui ne font preuve d'aucune bonne volonté.



Vitamine B1 cristallisée
bévitine
Solution injectable: ampoules de 1cc. à 0g.002 et à 0g.01 (BOITES DE 5)
Comprimés dosés à 0g.005 (TUBES DE 20)
POLYNÉVRITES
BÉRIBÉRIQUES
INFECTIEUSES
TOXIQUES
GRAVIDIQUES
NÉVRALGIES & NÉVRITES
Injections sous-cutanées
intramusculaires
ou intraveineuses
TROUBLES DU MÉTABOLISME
DES HYDRATES DE CARBONE
PARÉSIES INTESTINALES
Traitement par voie buccale
ODETTE ZEAU
SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHONE
SPECIA
21, RUE JEAN GOUJON · PARIS 8e

La cure sera facilitée par l'emploi de sédatifs médicamenteux, mais le traitement sera essentiellement psychique. Les médicaments dits « antialcooliques » n'ont en réalité d'effet que par suggestion, et ne peuvent être utiles qu'à ce titre.

Par contre le repos, le régime alimentaire, la suppression du tabac représentent des éléments capitaux.

Le traitement doit être prolongé et il importe d'organiser l'assistance aux alcooliques pour que la cure puisse durer une année.

La réadaptation au travail constitue aussi un élément essentiel du succès prolongé. Occuper le malade est un moyen thérapeutique extrêmement utile.

Dans l'organisation de la lutte contre l'alcoolisme le rôle du médecin est primordial et il doit avoir une influence prépondérante dans les établissements de cure.

Des considérations légales interviennent pour les alcooliques délinquants et criminels.

Enfin, G. envisage les problèmes posés par l'alcoolisme en ce qui concerne la stérilisation eugénique, les mesures à prendre pour les alcooliques conducteurs d'automobiles, et montre l'importance d'obtenir des données statistiques exactes précisant en particulier le nombre des récidives.

G. Dreyfus-Sée.

Ley. ***Le traitement des avortements répétés par la vitamine C*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. 84, n° 46, 12 Novembre 1937, p 1814-1816). — Durant la grossesse le besoin de vitamine C est nettement accru. En particulier la richesse du contenu vitaminique du placenta permet de penser qu'il constitue un organe chargé de concentrer et d'éliminer la vitamine au profit du fœtus. Le corps jaune contient également un taux élevé de vitamine C. Il semble que la vitamine C soit particulièrement utile pour la formation cellulaire active. L'affection consécutive à une insuffisance lutéinique est caractérisée par la fréquence des avortements répétés. Le rôle de la vitamine C dans la formation et l'activité du corps jaune conduit donc naturellement à l'utiliser en thérapeutique pour lutter contre ces avortements en série.

Dans 10 cas L. a ainsi traité des femmes par injection de 500 mg. d'acide ascorbique en 4 fois à 2 ou 3 jours d'intervalle associée à l'ingestion de 150 mg. de vitamine C par jour. L'examen des urines permet de surveiller l'élimination d'acide ascorbique et de poursuivre ou d'intensifier la thérapeutique selon les besoins.

Dans ces conditions les 10 femmes ont pu mener leur grossesse à terme dans 7 cas, les 3 autres ont dépassé le 5e mois et leur grossesse paraît se poursuivre normalement, alors que les avortements s'étaient produits précocement lors des grossesses antérieures.

G. Dreyfus-Sée.

Heupke et Obert. ***L'hypoglycémie spontanée et le syndrome hypoglycémique*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. 84, n° 49, 3 Décembre 1937, p. 1937-1939). — On peut observer de l'hypoglycémie au cours de l'évolution de nombreuses affections. On l'a ainsi constatée dans les stades terminaux du carcinome du foie et dans diverses maladies des glandes à sécrétion interne. Le syndrome hypoglycémique caractérisé par une sensation de faiblesse, des vertiges, une sudation abondante et un état lipothymique accompagne l'abaissement du taux glycémique.

Dans ce groupe de manifestations on peut isoler cliniquement un complexe symptomatique plus précis. On peut observer des crises caractérisées par une perte de connaissance avec convulsions ou état de contracture, immobilité pupillaire, parfois signe de Babinski, et dans les cas graves parésies transitoires.

Ces crises se reproduisent de plus en plus souvent, coïncidant avec une hypoglycémie notable et sont arrêtées durant les 12 premières heures par une injection d'insuline.

Ce syndrome clinique bien caractérisé, qu'on peut considérer comme un syndrome d'hypoglycémie spontanée véritable, est le plus souvent conditionné par un adénome pancréatique unique ou multiple.

G. Dreyfus-Sée.

Kowarschik et Wellisch. ***L'état constitutionnel des rhumatisants articulaires chroniques*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. 84, n° 49, 3 Décembre 1937, p. 1945-1948). — Dans cette étude basée sur des statistiques importantes les auteurs s'efforcent d'établir le type morphologique constitutionnel correspondant aux malades atteints d'affections chroniques articulaires. Une série de photographies représentent des types de malades atteints d'arthrites déformantes et d'autres montrent la morphologie habituelle des sujets porteurs de polyarthrites chroniques progressives.

Les premiers correspondent au type « pycnique », c'est-à-dire de taille moyenne, de poids habituellement excessif par tendance à l'obésité, en particulier avec excès de graisse abdominale, et obésité des hanches et du visage contrastant avec des membres minces.

Les polyarthritiques chroniques présenteraient habituellement un type mixte leptosome-athlétique: asthéniques et hypoplastiques comme les leptosomes mais de taille au-dessus de la moyenne ainsi que les sujets du type athlétique. Certains d'entre eux se rapprochent plus des leptosomes par leur minceur, leurs membres petits, leur fragilité, d'autres, au contraire, revêtent les caractères athlétiques à épaules larges. On note en outre la prédominance féminine qui confirme l'importance de la constitution dans la détermination de ces affections articulaires.

G. Dreyfus-Sée.

Paradi. ***Troubles cardiaques au cours des amygdalites aiguës et chroniques et d'autres infections*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. 84, n° 50, 10 Décembre 1937, p. 1971-1975). — Les recherches précises modernes, en particulier l'électrocardiographie, ont permis de déceler des manifestations cardiaques au cours des infections et de simplifier le problème qui était cliniquement compliqué par le fait que les troubles cardiaques apparaissent souvent tardivement après que les manifestations infectieuses ont disparu.

L'importance de l'infection locale est encore démontrée par les résultats thérapeutiques qui suivent l'ablation du foyer infectieux.

Une série d'observations électrocardiographiques montrant les troubles cardiaques au décours des infections, en particulier des amygdalites, met en évidence l'intérêt de ces manifestations.

G. Dreyfus-Sée.

A. Deisz. ***Cœur et tuberculose.*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. 84, n° 51, 17 Décembre 1937, p. 2028-2030). — Outre les altérations anatomo-pathologiques bien connues au niveau du myocarde des tuberculeux, il est intéressant d'étudier les anomalies fonctionnelles qui se traduisent par des variations du tonus cardiaque.

Les réactions du système nerveux et de son domaine musculaire et circulatoire vis-à-vis des excitations toxiques pures se manifestent par 2 types de contours cardiaques : le cœur arrondi, globuleux, en relation habituellement avec des manifestations vagales et le cœur dévié à gauche des hypertendus.

Des observations cliniques montrent que chez les tuberculeux les modifications du tonus cardiaque peuvent revêtir essentiellement les deux formes ci-dessus décrites en relation avec le retentissement de l'affection sur l'organisme en entier (système nerveux central, système végétatif) et sur la circulation.

G. Dreyfus-Sée.

W. Brumer. ***Les infections dues au bacille fonduliforme, en particulier en ce qui concerne les formes cliniques des manifestations pleurales*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. 84, n° 51, 17 Décembre 1937, p. 2032-2035). — Dans la première partie de cette communication, B. rappelle les propriétés et le rôle du bacille fonduliforme qui appartient au groupe des bacilles anaérobies, gram négatif, à petites spores, fréquemment saprophytique.

Alors qu'on croyait autrefois que ce microbe était incapable d'être pathogène isolément, on sait maintenant qu'il est susceptible sans l'intervention d'autres bactéries ,de pénétrer dans la circulation générale et de déterminer des manifestations infectieuses graves avec métastases suppurées dans les poumons, le foie et les articulations. Sa porte d'entrée habituelle est, chez les adultes, une angine, et chez les enfants une otite. A l'inverse des autres microbes pyogènes le bacille fonduliforme ne touche habituellement pas l'endocarde, la rate, ni les reins.

Il provoque par contre, dans les organes atteints, une nécrose massive parenchymateuse d'emblée avec afflux leucocytaire plus tardif.

Dans la deuxième partie de son travail, B. rapporte 3 observations personnelles de pleurésies purulentes à bacilles fonduliformes, qui, à l'inverse des cas classiques, ne se sont pas accompagnées de septicémie. Elles ont une tendance particulière à l'enkystement qui rend leur pronostic relativement favorable.

Cette notion importante démontre la nécessité d'un diagnostic bactériologique précis qui permet de porter un pronostic, et de repousser certaines thérapeutiques chirurgicales.

G. Dreyfus-Sée.

Urbach. ***Considérations critiques sur 500 cas personnels d'urticaire*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. 84, nos 52-53, 24 Décembre 1937, p. 2054-2060)). — Les 500 malades observés par U. comportent 39 pour 100 d'hommes et 61 pour 100 de femmes.

L'âge du début est assez variable. Rare jusqu'à 10 ans, on l'observe dans 33 pour 100 des cas durant la 3e décade de la vie, 1/4 des cas surviennent de 30 à 40 ans, 15 pour 100 de 40 à 50, puis 7 à 10 pour 100 de 10 à 20 ans et de 50 à 60 ans, après 60 ans les cas sont exceptionnels. L'anamnèse ne montre l'existence d'antécédents familiaux allergiques que dans 15 pour 100 des cas. De même l'histoire de la maladie révèle rarement de l'asthme, la migraine souvent chez la femme, exceptionnellement chez l'homme. Des crises d'œdème de Quincke sont relatées dans 18 à 21 pour 100 des cas.

La cause de l'urticaire a été très fréquemment décelée. Dans 88 pour 100 des cas le facteur étiologique réel a pu être trouvé ou soupçonné.

Dans 1/4 des cas un facteur allergique était certainement en jeu et on pouvait encore l'invoquer avec probabilité dans 1/3 des autres cas. Les 40 pour 100 restant relèvent vraisemblablement de facteurs déclanchants pathogènes Ainsi 72 malades étaient sensibles aux allergiques protéiniques animaux ou végétaux , 99 malades réagissaient aux antigènes alimentaires ; 11 aux substances médicamenteuses; 3 aux sérums équins, d'autres aux venins d'abeille, de moustique, à la tuberculine, etc.

Un groupe important relève d'endoallergines par exemple : albumines propres sensibilisant l'organisme après une hémorragie, une brûlure, etc. Le groupe des allergines primaires et secondaires comprend les urticaires déclanchés par la menstruation, la gravidité, le myxœdème, etc. Les agents physiques constituent une cause importante : froid, chaleur, pression, lumière, etc.

Enfin les infections, les diverses maladies du tube digestif occupent une place étiologique essentielle et il importe aussi d'insister sur les facteurs psychiques déclanchants.

Les thérapeutiques employées ont été diverses : désensibilisation spécifique ou non, suppression de foyers locaux, thérapeutiques substitutives hormonales, traitements symptomatiques sédatifs, essais de traitement par la glande pituitaire, saignées antitoxiques, auto-hémo et auto-sérothérapie, radiothérapie du foie et de la rate, injections d'histamine, d'éosinate de calcium et de rouge Congo agissant sur le système réticulo-endothélial, thérapeutique digestive, régimes acidifiants, etc.

G. Dreyfus-Sée.

EDINBURGH MEDICAL JOURNAL

C. G. Lambie (Sydney). ***Observations sur « l'anhydrase carbonique » du sang dans l'anémie et dans d'autres états pathologiques*** (*Edinburgh medical Journal*, Nouvelle série, t. 45, n° 6, Juin 1938, p. 373-413). — Le nom d'« anhydrase carbonique » a été donné par Brinkman, Margaria, Meldrum et Roughton à l'enzyme qu'ils ont réussi à isoler de l'hémoglobine, qui préside au métabolisme du gaz carbonique dans le sang. La réaction réversible $H_2CO_3 = CO_2 + H_2O$ dont dépend la charge et l'élimination du gaz carbonique se fait lentement sous l'influence de cette diastase. L' « anhydrase carbonique » se trouve dans les globules et non dans le plasma.

La méthode de dosage de cette enzyme est longuement exposée; de nombreuses recherches ont été faites chez l'homme et chez l'animal.

Le pourcentage de l' « anhydrase carbonique » dans le sang varie avec le nombre des hématies et avec leur volume; il est en moyenne de 1,25 par millimètre cube de sang et varie normalement entre 0,93 et 1,50. Les chiffres extrêmes ont été trouvés dans un ictère du nouveau-né (0,71) et dans une polycythémie (3,25).

Il n'y a pas de corrélation entre le taux de l' « anhydrase carbonique » et la présence d'hématies nucléées.

L'augmentation de l'enzyme dans les hématies se rencontre dans certains types d'anémie et l'absence d'augmentation dans les troubles circulatoires chroniques et intenses permet de considérer l'augmentation de l' « anhydrase carbonique » globulaire comme une adaptation à la macrocytose.

Le rapport entre l' « anhydrase » globulaire et l'hémoglobine est normalement de 6,9 à 10, son élévation est due soit à un excès d'enzyme, soit à une diminution de l'hémoglobine ou aux deux phénomènes.

L' « anhydrase carbonique » a une telle importance vitale que l'organisme en possède de larges réserves.

Robert Clément.

JOURNAL BELGE D'UROLOGIE (Bruxelles)

Gripekoven et **Fievez** (Bruxelles). ***Les diverticules de la vessie*** (*Journal belge d'Urologie*, année 11, n° 3, Juin 1938). — La lecture de cet important mémoire de 139 pages sur les diverticules de la vessie doit être recommandée non seulement aux urologues mais encore aux chirurgiens. Dans leur avant-propos, G. et F. précisent qu'ils se sont attachés à l'étude approfondie de la pathogénie, des complications et du traitement. Cependant, en dehors de ces chapitres, nous avons relevé des précisions dignes d'intérêt: celles-là par exemple: « Le seul symptôme caractéristique de cette affection est la miction en deux temps: après une mise en train difficile, le porteur de diverticule urine habituellement avec un jet à petite pression; il se débarrasse d'une certaine quantité d'urine, puis, sans avoir la sensation d'avoir vidé sa vessie, la miction s'arrête pendant que persiste le besoin. Ce n'est qu'au bout de quelques minutes que l'écoulement réapparaît. » « L'examen cystoscopique est la première étape vers l'établissement formel d'un diagnostic. Il sera très souvent malaisé, cet examen, au milieu d'une vessie troublée à chaque instant par les décharges successives de ces culs-de-sac saturés d'urine purulente, mais à défaut d'une certitude, il attirera au moins notre attention, mise en éveil, par des trabéculations, des déformations, un orifice vaguement entrevu, entre deux nuages de liquide sale, et il nous amènera à compléter cette cystoscopie par une cystoradiographie. » La cystoradiographie doit être faite en position antéropostérieure, en prises obliques, en prises axiales.

Les trois complications de ces diverticules vésicaux sont l'infection, la lithiase, la transformation maligne.

G. et F. admettent : « 1° que les diverticules purement congénitaux sont ceux qui résultent d'une anomalie de développement de la vessie pendant la vie fœtale et qui existent, complètement formés, à la naissance; 2° les diverticules purement acquis sont ceux qui apparaissent au cours ultérieur de la vie, à la suite de facteurs d'obstruction, créant un empêchement à l'évacuation de l'urine; 3° les diverticules que nous appellerons secondaires sont ceux dont la formation exige quelque chose de congénital: la prédisposition sur laquelle agit quelque chose d'acquis: le facteur d'obstruction qui provoque l'apparition de la poche. » Dans leurs prolégomènes au traitement des diverticules vésicaux, G. et F. écrivent textuellement: « Faut-il opérer les diverticules vésicaux ? » Chevassu répond catégoriquement non. Blum répond aussi catégoriquement oui. Nous n'avons pas à prendre parti, nous conseillons aux lecteurs que ce chapitre de l'urologie intéresse de lire attentivement ce mémoire. Ils y trouveront toutes les techniques opératoires avec de bonnes illustrations.

P. Wilmoth.

ARCHIVES of INTERNAL MEDICINE (Chicago)

H. R. Sandstead et **A. J. Beams**. ***Soulagement des douleurs diabétiques d'origine neuro-circulatoire par l'ingestion de chlorure de sodium*** (*Archives of internal Medicine*, t. 61, n° 3, Mars 1938, p. 371-380). — Chez 13 diabétiques présentant des douleurs dont l'origine était névritique chez 10 et artérioscléreuse chez les 3 autres, S. et B. ont fait ingérer du chlorure de sodium à la dose de 0 *g*. 25 à 0 *g*. 50 par kilogramme.

Chez tous les malades, dont les douleurs avaient résisté au traitement antidiabétique, les symptômes névritiques s'améliorèrent beaucoup ou disparurent après l'administration de chlorure de sodium. Le soulagement de la douleur s'accompagna de signes d'amélioration du côté de la maladie vasculaire chez les patients présentant des douleurs d'origine artérioscléreuse et d'amélioration du côté de la circulation chez les malades atteints de douleurs névritiques, ainsi que le prouva l'épreuve de l'histamine. Aucun effet fâcheux ne fut noté, en particulier du côté du rein.

Ces observations indiquent que l'ischémie, conséquence de l'affection vasculaire, en l'espèce l'artériosclérose primitive, est responsable des symptômes névritiques. A la lumière de ces faits, l'administration de chlorure de sodium par la bouche semble être le traitement rationnel des complications neuro-circulatoires du diabète. Le mécanisme d'action du sel sur les troubles circulatoires reste obscur.

P.-L. Marie.

C. M. Marberg et **H. O. Wiles**. ***Fraction granulocytopoïétique dans la moelle osseuse jaune*** (*Archives of internal Medicine*, t. 61, n° 3, Mars 1938, p. 408-429). — Les recherches cliniques de M et W. tendent à montrer que le concentré de moelle osseuse jaune, dans sa fraction insaponifiable, renferme une ou des substances qui favorisent la maturation ou la libération des leucocytes de la série granulocytaire.

Ils ont traité 4 femmes présentant de la leucopénie et 6 femmes atteintes d'angine agranulocytaire (neutropénie maligne), au moyen de ce concentré par voie buccale. Toutes guérirent. Celles qui avaient de la leucopénie aiguë présentèrent une amélioration clinique et hématologique au bout de 40 à 48 heures en général. L'ascension initiale des granulocytes continua jusqu'au niveau que l'on pouvait espérer avec la gravité des lésions locales et en aucun cas on ne constata de nouvelle baisse des éléments blancs ni de rechute clinique durant la période de traitement. Bien qu'il n'ait pas toujours été possible d'employer exclusivement le concentré, les faits observés indiquent qu'il possède une activité granulocytopoïétique suffisante pour rendre la formule sanguine normale quand on l'utilise dans les cas d'angine agranulocytaire et dans quelques autres neutropénies. Employé seul ou associé à d'autres médications, il provoque une réponse d'ordinaire en 40 à 48 heures, alors que le nucléotide de pentose n'agit qu'au bout de 4 à 6 jours. Le seul cas d'agranulocytose où l'on n'observa pas de réponse ne suffit pas à infirmer ces conclusions, vu l'âge de cette malade et les complications existantes. Des échecs se produisirent, en dehors de l'angine agranulocytaire, dans d'autres neutropénies, en particulier dans l'anémie aplastique.

Ces observations confirment les résultats obtenus par Watkins avec la moelle osseuse jaune totale dans la granulocytopénie.

P.-L. Marie.

J. F. Rinehart, L. D. Greenberg, S. R. Mettier, F. Bruckman et **F. Choy**. ***Le métabolisme de la vitamine C dans l'arthrite rhumatoïde*** (*Archives of internal Medicine*, t. 61, n° 4, Avril 1938, p. 537-552). — Se basant sur la présence de lésions articulaires chez les cobayes atteints de scorbut subaigu ou chronique, R., G., M., B. et C. ont pensé que la carence en vitamine C pouvait intervenir dans l'étiologie de certains cas d'arthrite rhumatoïde ou atrophique. Depuis longtemps, on fait jouer un rôle important aux troubles de la nutrition dans la genèse de cette affection.

Ils ont constaté que le taux de l'acide ascorbique dans le plasma sanguin est presque toujours abaissé, et souvent fortement, dans l'arthrite rhumatoïde. Dans la majorité des cas, le taux de l'acide ascorbique du sang se relève après administration de vitamine C. D'ordinaire, cette ascension est retardée. Ces faits indiquent l'existence d'une carence en vitamine C dans ces arthrites et cette carence semble être un facteur important dans la genèse de la maladie. Chez certains malades paraît exister un vice fondamental dans le métabolisme de la vitamine C. Son taux dans le plasma, pendant le jeûne, n'arrive pas à s'élever après administration prolongée d'un supplément abondant de cette vitamine, bien que l'excrétion urinaire puisse être relativement forte. Il se peut qu'un abaissement du seuil rénal en soit la cause. Un taux abaissé de vitamine C est de règle dans l'arthrite blennorragique. On peut penser que la carence en vitamine C prédispose à la localisation microbienne dans ce type d'arthrite, ainsi que dans d'autres types. Dans la série de cas d'arthrite hypertrophique rapportés, le taux de l'acide ascorbique du sang se montre presque toujours élevé. Un déficit en vitamine C peut fort bien exister dans une alimentation ordinaire, en apparence convenable. Les premières tentatives thérapeutiques faites dans ce sens ont été encourageantes, mais une expérience étendue et prolongée est encore nécessaire pour émettre des conclusions définitives.

P.-L. Marie.

J. F. Rinehart, L. D. Greenberg, M. Olney et **F Choy.** ***Le métabolisme de la vitamine C dans le rhumatisme articulaire aigu*** (*Archives of internal Medicine*, t. **61**, n° 4, Avril 1938, p. 552-562). — R. a réussi à produire un état pathologique, caractérisé par des lésions articulaires accompagnées de cardite chronique, rappelant le rhumatisme articulaire aigu, en soumettant des cobayes à une carence en vitamine C, associée à une infection streptococcique.

Déterminant la teneur du sang en acide ascorbique, R., G., O. et C. ont constaté qu'elle est pratiquement toujours abaissée dans le rhumatisme articulaire aigu. De plus, la majorité des convalescents de rhumatisme et des sujets chez lesquels le rhumatisme était quiescent présentaient également un taux peu élevé d'acide ascorbique dans le sang. Ces résultats concordent avec les déterminations faites sur les urines des rhumatisants par Abbasy, Hill et Harris.

Certaines observations mettent en évidence un vice fondamental dans le métabolisme de la vitamine C dans la maladie de Bouillaud et font penser que la carence en cette vitamine, si couramment rencontrée dans cette affection, y joue un rôle étiologique.

(Soulignons que ces deux travaux ont suscité de vives critiques et que plusieurs auteurs ont soutenu que cette carence en vitamine C était l'effet, et non la cause, de l'atteinte rhumatismale.)

P.-L. Marie.

THE JOURNAL of EXPERIMENTAL MEDICINE (Baltimore)

P. Rous et **J. G. Kidd.** ***Effet cancérigène d'un virus de papillome sur la peau goudronnée des lapins*** (*The Journal of experimental Medicine*, t. 67, n° 3, Mars 1938, p. 399-428). — R. et K. ont badigeonné l'oreille de lapins domestiques avec un goudron qui, chez la souris, détermine une cancérisation rapide et, chez le lapin, l'apparition de productions verruqueuses qui ne se cancérisent que rarement et tardivement. Une fois ces verrucosités apparues, ils ont injecté par voie veineuse du virus du papillome de Shope, qui, chez le lapin domestique, détermine des papillomes cutanés qui subissent souvent par la suite la dégénérescence maligne. Ils ont alors vu apparaître aussitôt des carcinomes ainsi que des papillomes d'une grande variété, dont plusieurs planches reproduisent les multiples aspects. Ces néoplasmes présentaient tous les caractères histologiques des cancers épithéliaux pavimenteux. De plus, ils avaient l'activité autonome des cancers.

R. et K. se proposent d'analyser ces manifestations dans un travail ultérieur.

P.-L. Marie.

ENDOCRINOLOGY (Los Angeles)

M. Molitch et **S. Poliakoff.** ***Résultats cliniques du traitement par le lobe antérieur d'hypophyse chez les enfants*** (*Endocrinology*, t. 22, n° 4, Avril 1938, p. 422-428). — M. et P. ont traité pendant 6 mois 32 enfants ayant une taille inférieure à la normale de leur âge, les uns par de la thyroïde exclusivement, d'autres par la thyroïde associée, soit à de l'extrait antéhypophysaire donné par la bouche, soit à des injections intramusculaires d'extrait antéhypophysaire. 11 sujets non traités servirent de témoins.

La taille augmenta davantage chez les enfants traités que chez les témoins. Les résultats chez les sujets traités sont si voisins les uns des autres que des erreurs d'interprétation sont possibles. Il est regrettable que l'expérience n'ait pu être prolongée, car les résultats eussent été plus satisfaisants.

La thyroïde semble avoir stimulé la croissance, bien que les os ne fussent pas en retard par rapport à l'âge des enfants. Les substances antéhypophysaires données en même temps que la thyroïde par la bouche ou par voie parentérale donnèrent de meilleurs résultats que la thyroïde seule. La voie buccale se montra un peu moins efficace que la voie intramusculaire. Le poids ne fut que peu influencé.

P.-L. Marie.

BOLLETTINO E MEMORIE DELLA SOCIETA PIEMONTESE DI CHIRURGIA (Turin)

G. Canavero (Turin). ***Les localisations chirurgicales de Klebsiella Pneumoniae (« Bacterium Pneumoniae » de Friedländer)*** [*Bollettino e Memorie della Società Piemontese di Chirurgia*, vol. 8, n° 4, séance du 5 Mars 1938, p. 117-147]. — C. rapporte ses recherches expérimentales sur le cobaye. La septicémie consécutive à l'inoculation dans le cœur dure 24 heures environ. Il semble que le germe ait une affinité pour le poumon. On l'y trouve en plus grande quantité et plus longtemps que les autres germes.

L'inoculation par voie intra-péritonéale ou sous-cutanée amène une phase de septicémie de 24 à 43 heures, suivie d'une période de localisation au point d'inoculation ou dans les organes. Enfin, survient la phase de guérison ou de manifestations morbides qui peuvent parfois être tardives.

Quand l'animal succombe: la mort est due à la pneumonie quand l'inoculation est faite par injection intra-cardiaque; elle est due à une péritonite précoce, ou à une pneumonie tardive, ou à une péritonite par perforation, en cas d'inoculation péritonéale; elle est due à la septicémie ou à des suppurations superficielles traînantes, en cas d'inoculation sous-cutanée.

Etude clinique. — C. apporte 7 observations:

1° *Méningite* (obs. I). Un homme de 26 ans est opéré par voie sphénoïdale de tumeur de la selle turcique ayant envahi le sinus sphénoïdal.

L'examen histologique de la tumeur montre qu'il s'agit de la muqueuse du sinus très enflammée et épaissie.

Au cours de la deuxième journée, apparition d'une méningite. Le pus retiré par ponction lombaire contient du pneumobacille (identifié à trois examens successifs).

Le malade guérit après avoir subi un traitement par injections intra-durales de sérums anti-streptococcique et anti-staphylococcique.

Les examens ultérieurs montrent une restauration intégrale de la selle turcique. Il s'agissait d'une sinusite ethmoïdo-sphénoïdale avec ostéomyélite des parois du sinus.

2° *Mastoïdite* (obs. II). Enfant de 6 ans, vue en pleine évolution d'une otite moyenne suppurée. La mastoïde est légèrement douloureuse.

On peut identifier dans le pus *Klebsiella Pneumoniæ*.

L'état général s'aggravant, on trépane la mastoïde dont toutes les cellules sont pleines de pus contenant du pneumobacille.

La guérison exigea 5 mois: la plaie étant recouverte d'un enduit grisâtre et n'ayant que peu de tendance à bourgeonner.

3° *Pleurésie purulente* (obs. III). Enfant de 14 ans qui fait une pleurésie métapneumonique.

Résection de la 9e côte, issue de pus gris, très fluide, sans odeur. Malgré un excellent drainage, la température reste élevée très longtemps.

Au 40e jour, le pus s'écoule avec la même abondance.

Il fallut 2 mois pour obtenir la guérison, après des lavages au nitrate d'argent.

Le pneumobacille fut identifié, à l'état pur, le jour de l'opération, le 8e jour et le 40e jour.

(Obs. IV). Enfant de 9 ans. Pleurésie métapneumonique. Pleurotomie avec résection de la 9e côte. Pus contenant de gros flocons fibrineux.

L'état général reste grave. La suppuration ne diminue pas. Le pus devient grisâtre et filant.

Au 20e jour, on voit à travers la pleurotomie une zone de sphacèle pulmonaire. La plaie est recouverte d'un enduit gras. Elle n'a aucune tendance à la guérison.

On fait des irrigations au nitrate d'argent. La zone sphacélée s'élimine lentement, la suppuration se tarit. L'enfant guérit en 80 jours.

A plusieurs reprises, en partant de pus ou de lambeaux pulmonaires, on a obtenu des cultures très riches de pneumobacille à l'état pur.

4° *Péritonite* (obs. V). Un adulte est en observation depuis 12 jours pour appendicite.

L'apparition brutale d'un syndrome aigu nécessite une opération d'urgence.

On ne trouve aucune lésion à l'appendice ni à l'intestin. On éponge une faible quantité de liquide puriforme. Drainage.

L'examen direct et la culture décèlent le pneumobacille.

Quinze jours plus tard, nouvelle collection dans la fosse iliaque gauche que l'on draine. Le pus présente les mêmes caractères et contient du pneumobacille.

Apparition successive de plusieurs foyers péritonéaux et décès le 40e jour.

Les hémocultures furent toujours négatives.

(Obs. VI). Un jeune homme de 18 ans est opéré à la 18e heure pour appendicite gangréneuse. Il y a du pus dans le péritoine. Les cultures donnent des colonies de pneumobacille et de streptocoque.

La température reste élevée. La plaie torpide donne issue à un pus grisâtre qui, au bout de 15 jours, ne contient que du pneumobacille.

Vers le 30e jour, réaction manifeste dans la fosse iliaque gauche, qui s'atténue lentement.

La guérison est obtenue en 50 jours.

5° *Panaris* (obs. VII). Cette observation concerne un chirurgien qui se pique, au cours d'une intervention, au niveau de la pulpe du médius gauche.

La lésion évolue très vite et, dès le 8e jour, la radiographie montre une ostéite évidente de la phalangine et de la phalangette. Les incisions ne donnent pas de pus.

La suppuration s'installe tardivement. Le pus, d'un blanc d'argent, fluide et filant, contient de nombreux bourbillons. Il contient exclusivement du pneumobacille.

On désarticule les phalanges. La guérison s'ensuit sans incidents.

J. Assali.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Bâle)

Carl Müller. ***Hémorragies utérines et troubles du cycle à l'altitude*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. 68, n° 16, 16 Avril 1938, p. 397-400). — Müller a eu l'occasion d'observer deux cas dans lesquels une hémorragie utérine est apparue d'une façon nette, consécutivement à un séjour à une altitude élevée. Dans un cas il s'agissait d'une femme de 26 ans aménorrhéique depuis deux ans, et dans un autre cas d'une femme qui eut une perte sanguine abondante huit jours après ses règles normales.

Une enquête faite à la suite de cette observation sur le personnel féminin de la station du Jungfraujoch (3.460 mètres) a montré que sur 16 cas il y en avait 5 où le cycle était normal aussi bien à l'altitude que dans la plaine. Dans 2 cas le cycle était irrégulier à l'altitude et inversement dans 2 autres cas il était irrégulier dans la plaine. Enfin, dans quelques cas il y avait hyperménorrhée, ou ménorragie à l'altitude. D'une façon générale cependant les règles étaient plus abondantes à cette



POUR LE TRAITEMENT DE TOUTES AFFECTIONS
à STREPTOCOQUES
et à STAPHYLOCOQUES
PLAIES INFECTÉES, ABCÈS, FURONCLES, ETC
arapal
POMMADE NON GRASSE
RICHE EN ANTIVIRUS
LITTÉRATURE ET ECHANTILLONS SUR DEMANDE
H. VILLETTE, Pharmacien
31, Rue Cambronne, PARIS-15e. Vaugir. 11-23
A.S.I.P.



GOUTTES
I.A.M.
Antilymphatique puissant
à l'Iodo méthyl Arsinate de Manganèse
agissent toujours et très vite dans
15 à 20 GOUTTES matin & soir
AFFECTIONS GANGLIONNAIRES
ANOREXIES
ASTHÉNIES
ÉTATS ANÉMIQUES
ASTHME • BRONCHITES
CONVALESCENCES
SIROP "I.A.M"
Pour ENFANTS. 1 cuiller matin & soir
Echantillons & littératures
LABORATOIRES du Dr LAVOUÉ
RENNES (France)

altitude chez chacune des 16 femmes interrogées.

On sait que bien des auteurs ont signalé que des hémorragies banales pouvaient survenir au cours des ascensions. Vanotti, qui a étudié les capillaires cutanés à l'altitude, a montré que les accidents de ce genre sont favorisés par des phénomènes dans lesquels interviendrait le pouvoir vasodilatateur de l'insuffisance d'oxygène.

Pour expliquer des hémorragies intermenstruelles M. rappelle que l'altitude agit puissamment sur le système végétatif et peut ainsi exercer un retentissement sur les organes générateurs. On sait d'ailleurs que le sympathique entre en fonction principalement quand le milieu est modifié et exige de ce fait une adaptation nouvelle.

Des recherches ont été également poursuivies chez les rats. On a pu ainsi constater que la durée du cycle était prolongée à l'altitude et parfois même doublée par rapport à ce qui a été observé à Berne. En même temps le cycle devient tout à fait irrégulier: à des périodes où il est raccourci en succèdent d'autres où il est, au contraire, prolongé et inversement. Dans tous les cas le nombre des périodes du rat diminue. De plus, des hémorragies génitales ont été observées chez plusieurs animaux, tout au moins au début du séjour à l'altitude. Ainsi des influences climatiques ont un retentissement sur le cycle sexuel chez la femme comme chez les animaux.

P.-E. Morhardt.

M. Dressler. ***Maladie pulmonaire de Boeck chez un frère et une sœur*** (*Schwezerische medizinische Wochenschrift*, t. 68, n° 17, 23 Avril 1938, p 418-422). — Le sarcoïde de Boeck n'affecte pas seulement la peau mais peut aussi intéresser n'importe quel organe. Dans ces conditions il est préférable de parler, sans préciser, d'une « maladie de Boeck ». La forme cutanée est d'ailleurs assez rare et la recherche de cette affection dans d'autres organes a été le plus souvent négligée. D. a réuni un certain nombre de cas rencontrés dans une consultation courante. Une radiographie du thorax est indispensable dans tous les cas où une maladie de Boeck cutanée ou viscérale est constatée ou soupçonnée. Cette maladie peut d'ailleurs, en dehors de la peau, du poumon et du squelette, affecter les yeux, les ganglions, la rate, ainsi que les mamelles, les glandes salivaires, le foie, l'intestin, les reins, les muscles, le système nerveux central, etc. D. propose de distinguer les formes qui affectent surtout les ganglions du hile et celles qui intéressent principalement le parenchyme pulmonaire en provoquant, soit des foyers circonscrits, soit un semis diffus. La première de ces formes est la plus intéressante. D. a pu en découvrir 20 cas, associés ou non à des lésions pulmonaires. Dans ces formes, les ganglions du hile présentent une tuméfaction massive qui prend assez souvent le caractère d'un lymphogranulome. Bien des cas de tuberculose chronique miliaire rentrent dans la catégorie des formes parenchymateuses. De plus, des analogies remarquables ont été constatées entre ces affections et la fièvre uvéo-parotidienne.

Dans 2 observations qui sont reproduites en détail, il s'agit d'un frère et d'une sœur. Chez le premier on constata l'existence d'une tuméfaction considérable dans la région du hile, surtout à gauche, avec intensification bilatérale des dessins pulmonaires et semis variables de foyers sans signes de fonte. Un autre médecin qui eut l'occasion de voir ce malade songea au lymphogranulome et le diagnostic de tuberculose pulmonaire fut d'autre part mis en doute. Chez la sœur, on constata l'existence surtout de petits foyers pulmonaires, sans tendance à la confluence, avec augmentation de l'ombre du hile.

Dans ces deux cas il est confirmé qu'il s'agit bien de maladie de Boeck, par le fait que des lésions pulmonaires semblables ont été observées en cas de maladie de Boeck cutanée et par le désaccord qui existe entre les constatations faites aux rayons X, l'état général et les signes acoustiques. En outre, dans ces deux cas la réaction à la tuberculine est négative, aussi bien celle de Pirquet que celle de Mantoux. Il s'agirait là d'une anergie positive, avec pronostic tout à fait favorable. Dans de tels cas, l'arsenic à haute dose a souvent donné un succès net.

Le fait que cette observation concerne un frère et une sœur ne doit pas être considéré comme fortuit, mais comme montrant qu'à la base de cette forme il y a un état constitutionnel spécial.

P.-E. Morhardt.

H. Handovsky. ***Du rôle de la thyroïde et de la parathyroïde dans le développement de l'artériosclérose*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. 68, n° 17, 23 Avril 1938, p. 425-428). — On a souvent essayé de provoquer l'artériosclérose chez les animaux à l'aide d'adrénaline, de cholestérol, d'ergostérine irradiée. Jusqu'ici cependant on n'avait pas fait de tentative à l'aide de la vitamine D pure et c'est à elle que H. a eu recours, en utilisant le chien comme animal d'expérience. Les animaux furent traités pendant une période qui a duré jusqu'à plus de 100 jours, avec des doses qui ont varié de 0,05 à 0,72 mg./kg. ou encore 3 mg. et davantage par jour. Il a été constaté qu'avec des doses plus faibles (0,1 mg. par jour et davantage) une action thyrotrope a été manifestement déclanchée; en même temps la pression du sang était augmentée.

Histologiquement on a constaté, en dehors des modifications de la thyroïde, une hypertrophie de la tunique musculaire des artérioles. Avec des doses plus élevées (0,6 mg./kg.) on a constaté à côté de ces phénomènes une atrophie des cellules musculaires des artérioles du rein, une partie des cellules ainsi atrophiées devenant ultérieurement nécrotique. Avec les doses élevées il n'a jamais été constaté d'altération des grandes artères ou de l'aorte. Par contre, un traitement par la vitamine D pratiqué chez les chiens auxquels on avait enlevé les glandes thyroïdes et parathyroïdes a déterminé l'apparition de lésions d'artériosclérose dans l'aorte. Chez ces animaux l'hypercalcémie était considérable mais l'élévation de la pression sanguine était moindre que chez les animaux non opérés. Dans l'aorte on trouvait de la nécrose et de la calcinose de la média, avec anneau de calcification au pourtour de l'origine des artères intercostales. Ces lésions n'apparaissaient pas si, en même temps que la vitamine D, on injectait une préparation de thyroïde. Ainsi, la thyroïde modifie les effets de la vitamine D: elle prévient l'artériosclérose mais favorise par contre l'artériolonécrose.

Enfin, chez les animaux opérés auxquels on avait laissé deux parathyroïdes, les lésions d'artériosclérose étaient beaucoup plus intenses que chez les animaux totalement privés de parathyroïdes.

P.-E. Morhardt.

CASOPIS LEKARU CESKYCH
(Prague)

Popek. ***Hémangiome des tubercules quadrijumeaux*** (*Casopis lekaru Ceskych*, an. 77, n° 16, 22 Avril 1938, p. 503-510). — Cette très intéressante observation d'hémangiome concerne un étudiant de 26 ans. L'évolution mérite d'être signalée: séparés par des intervalles de 2 à 4 ans, sans aucune anomalie clinique, les épisodes aigus, qui durèrent de 1 à 2 mois chaque fois, avec fièvre et somnolence, évoquaient l'encéphalite épidémique ou l'encéphalite disséminée récidivante, alors que les crises étaient provoquées par des hémorragies intratumorales et les rémissions par la résorption du sang extravasé. Le tableau symptomatique vaut aussi d'être cité: les troubles oculaires (ptosis bilatéral, abolition des réflexes pupillaires, paral. du VI), les troubles de l'audition (hypoacousie, etc.), les signes cérébelleux (Romberg avec chute en arrière, incoordination, etc.), les mouvements choréoathétosiques, le syndrome pyramidal observé au membre inférieur gauche, la somnolence, constituaient un syndrome de Nothnagel, bien reconnaissable, dû à l'action compressive de la tumeur sur les voies cérébrales voisines, au moment de l'hémorragie et par œdème de voisinage. Cette localisation d'un hémangiome est assez rare: les signes qu'elle entraîne sont caractéristiques, mais le diagnostic étiologique est souvent malaisé.

Tesar. ***Ruptures et déchirures du rein*** (*Casopis lekaru Ceskych*, an. 77, n° 16, 22 Avril 1938, p. 512-517). — De 1927 à 1937, sur un chiffre total de 6.000 autopsies, dont 1.304 après accident, 120 cas de lésion rénale traumatique ont été constatés, la plupart chez des hommes (79 pour 100). Les risques professionnels et les particularités anatomiques semblent responsables de cette prédominance frappante. Les lésions observées ont été les suivantes: déchirures hilaires 56 pour 100, irrégulières 26 pour 100, détachant le pôle supérieur ou inférieur 12 pour 100, arrachement total 2 pour 100, déchirures étoilées 2 pour 100, centrales 1 pour 100, longitudinales 1 pour 100. D'origine directe, ou, le plus souvent, indirecte, ces accidents ont, en général, pour cause, une chute violente du haut en bas. Leur mécanisme s'explique à la fois par l'adduction brutale des dernières côtes vers le rachis et par le contre-coup hydraulique des liquides (théorie de Küstner). Hydronéphroses, pyélonéphrites, calculs, kystes et ptose des reins, néphrites traumatiques en sont les conséquences habituelles. Les déchirures se réparent par formation de tissu cicatriciel scléreux et l'étude histologique de ce processus n'est pas sans intérêt, au point de vue médico-légal, pour fixer le moment de la mort et apprécier le temps écoulé après l'accident. L'expert doit tenir compte, de même, pour apprécier l'invalidité ultérieure s'il y a survie, de la diminution de la valeur fonctionnelle de l'organe, de sa moindre résistance à l'infection ou à l'égard de nouveaux traumatismes et des répercussions que provoque, pour le second rein, les résorptions toxiques émanant du foyer de déchirure.

REVUE DES JOURNAUX

PARIS-MÉDICAL
(Paris)

E. Ledoux et **P. Baufle.** ***Les cirrhoses bronzées et leurs relations avec les glandes endocrines*** (*Paris Médical*, t. 28, n° 21, 21 Mai 1938, p. 433-436). — La pathogénie de la cirrhose pigmentaire commence à être moins obscure.

On peut considérer cette affection comme un large syndrome poly-endocrinien qui serait commandé par le trouble encore incertain d'une fonction hormonale réagissant sur d'autres endocrines.

Un certain nombre de faits, la pigmentation, les troubles circulatoires, l'asthénie, l'efficacité de la vitamine C sont en faveur d'une hypoépinéphrie. Mais l'existence d'un diabète permet de songer aussi à un déficit pancréatique. L'association dans un cas d'acromégalie, l'action de la radiothérapie hypophysaire sur le diabète bronzé insulino-résistant sont en faveur d'un trouble hypophysaire.

Chez 4 malades, la recherche de l'hormone mélanotrope dans les urines a montré un parallélisme entre la mélanodermie et le noircissement intense et précoce des grenouilles. Ces faits évoquent l'idée d'un hyperpituitarisme et méritent d'être versés au débat encore ouvert du problème pathogénique de la cirrhose pigmentaire.

Robert Clément.

V. de Lavergne, P. Kissel et **H. Accoyer.** ***Etude sur la période d'incubation des oreillons*** (*Paris Médical*, t. 28, n° 23, 4 Juin 1938, p. 477-483). — A l'occasion d'une épidémie d'oreillons dans une collectivité de grands enfants, on a essayé d'élucider ce qui se passait pendant l'incubation des oreillons et pourquoi sa durée était si longue.

Lorsqu'un sujet entrait dans le service pour oreillons, on pratiquait une ponction lombaire chez les voisins du malade 15 jours environ après le contage supposé. Sur 21 sujets ainsi examinés, 17 liquides renfermaient un nombre de lymphocytes égal ou inférieur à 3 que l'on peut estimer normal. 4 présentaient une légère lymphocytose (3,5; 4; 4; 12). Un seul de ces sujets présenta quelques jours plus tard une parotidite ourlienne. Son liquide céphalo-rachidien contenait au 15e jour après le contage 4 lymphocytes. Ces faits ne semblaient pas confirmer l'hypothèse de la nature neurotrope du virus ourlien progressant le long des filets nerveux pour atteindre les centres, puis les parotides par voie nerveuse.

Les quatre liquides renfermant quelques lymphocytes ont été inoculés au lapin par voie intrarachidienne. 2 ont présenté des lésions caractéristiques de névraxite, mais cependant 1 seul de ces enfants eut cliniquement les oreillons.

Ces recherches montrent qu'avant l'apparition de la parotidite, depuis quelques jours déjà, le virus ourlien se trouve dans les méninges. Chez certains sujets, l'infection ne se marque pas par d'autres signes qu'une méningite purement histologique.

Tout cela confirme que l'infection ourlienne frappe avant tout et essentiellement méninges et système nerveux et que pour en être le signe le plus caratéristique, la parotidite n'est pourtant qu'une détermination contingente. Le lien qui unit les localisations glandulaires et les localisations nerveuses reste encore inconnu.

Robert Clément.

R. Deschiens. ***Le rôle des bactéries dans l'amibiase intestinale*** (*Paris Médical*, t. 28, n° 23, 4 Juin 1938, p. 486-491). — Pour que l'amibe dysentérique se perpétue en culture, la flore bactérienne, généralement représentée par plusieurs espèces microbiennes, qui lui est pratiquement toujours associée, paraît nécessaire.

Les observations épidémiologiques et cliniques, notamment l'existence de porteurs sains d'amibes dysentériques, ont suggéré l'hypothèse que l'amibe n'est pas tout dans l'amibiase et que la flore intestinale qui l'accompagne joue un rôle important dans la maladie.

Pour élucider ce problème, D. s'est livré à quelques expériences. Dans un premier groupe, portant sur 60 chats, il a constaté que l'inoculation en quantité suffisante de corps de bacilles typhiques et paratyphiques A et B, tués par l'alcool-éther, en même temps qu'une souche d'amibes dysentériques, porte le taux infectant de cette souche de 30 pour 100 à 70 pour 100 et augmente son pouvoir pathogène. L'inoculation de corps bactériens seuls provoque une colite inflammatoire à tendance hémorragique. L'état inflammatoire d'origine bactérienne de la muqueuse du côlon favorise l'adaptation pathogène de l'amibe dysentérique.

Dans un deuxième groupe d'expériences, l'inoculation de colibacilles pathogènes, en même temps qu'une souche d'amibes, à taux infectant connu, augmente le pouvoir pathogène et double le taux infectieux. Les colibacilles seuls provoquent chez 70 pour 100 des animaux une colite inflammatoire hémorragique.

Les données de l'anatomie pathologique montrent une intervention, au moins auxiliaire, des bactéries dans la dysenterie amibienne du chat et de l'homme.

De nouvelles recherches sont nécessaires pour établir si la participation des bactéries secondaires est majeure ou si elle se borne à favoriser l'adaptation parasitaire de l'amibe.

Une surveillance et une modification éventuelle de la flore intestinale de l'homme permettront peut-être une prophylaxie individuelle de l'amibiase et une thérapeutique d'appoint de cette affection.

Robert Clément.

ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE
(Paris)

Favre, Croizat et **Martine.** ***La syphilis organoclaste; syphilis et ruptures viscérales*** (*Annales de dermatologie et syphiligraphie*, t. 9, n° 4, Avril 1938, p. 300-328). — A propos de plusieurs observations personnelles de ruptures du rein, du foie, du myocarde d'origine syphilitique. F., C. et M. montrent l'importance et la généralite de la notion d'organoclasie syphilitique.

Les ruptures les plus fréquentes sont celles du *rein* et du *foie* gommeux. Celle de l'*aorte* a été signalée; la syphilis des vaisseaux du cœur est la cause de ruptures partielles ou totales du *cœur* par infarctus du myocarde.

Fréquents sont les infarctus de la *rate*, succédant à des altérations vasculaires locales, à des oblitérations par thrombose; si chez l'adulte la rupture de la rate est rare, elle paraît plus fréquente chez l'enfant.

L'infarctus embolique ou thrombosique du *poumon* est fréquent, mais l'effraction du parenchyme est exceptionnelle.

On a signalé des infarctus syphilitiques de l'*intestin*, du *pancréas*.

Nombre d'*hémorragies cérébrales*, accompagnées de profondes altérations de la substance nerveuse, paraissent devoir être attribuées à la syphilis organoclaste.

R. Burnier.

Rochaix et **Delbos.** ***La stomatite et les formes cutanéo-muqueuses de la fièvre aphteuse chez l'homme*** (*Annales de dermatologie et syphiligraphie*, t. 9, n° 5, Mai 1938, p. 369-380). — L'épizootie aphteuse paraît, dans certaines conditions, transmissible à l'homme, malgré la faible réceptivité de ce dernier pour le virus aphteux; elle se traduit, tantôt par une *éruption cutanéo-muqueuse fébrile*, assez superposable à celle que présente l'animal, tantôt par une simple efflorescence de vésicules cutanées et surtout buccales, donnant dans ce cas l'aspect caractéristique de la *stomatite aphteuse*.

Le diagnostic de cette forme buccale, lorsqu'elle est discrète, est souvent difficile à faire avec la stomatite banale, avec laquelle elle peut avoir une certaine parenté.

R. et D. ont observé deux observations de fièvre aphteuse chez l'homme :

Une fillette de 13 ans, étant à la campagne, but du lait de vache contaminé et non bouilli; quelques jours après, elle éprouva une gêne de la déglutition avec une fièvre à 40° pendant deux jours; puis la fièvre s'atténua et la malade guérit en dix jours; il s'agit là d'une forme muqueuse pure, sans troubles digestifs, ni manifestation cutanée.

Une femme de 38 ans mangea, dans une ferme où sévissait la fièvre aphteuse, force laitage et fromage blanc; elle se plaignit de gêne de la déglutition, de céphalée; de nombreuses vésicules apparurent à la face interne des joues, sur le palais et le pharynx; fièvre, 38°. La guérison survint en dix jours.

R. Burnier.

Pierini. ***Maladie de Civatte*** (*Annales de dermatologie et syphiligraphie*, t. 9, n° 5, Mai 1938, p. 381-420). — La *poïkilodermie réticulée pigmentaire du visage et du cou*, décrite par Civatte en 1923, paraît constituer une entité clinique autonome et devoir être différenciée de la mélanose de Riehl.

Bien que la localisation soit à peu près identique dans les deux cas, le milieu de la face, respecté dans le Civatte, peut être atteint dans le Riehl; la réticulation est constante dans C., inexistante dans R.; les télangiectasies, l'atrophie sont constantes dans C., absentes dans R.; la desquamation est habituelle dans R., exceptionnelle dans C.; la folliculose, absente dans C., est habituelle dans R.

Le sexe féminin est surtout atteint dans C., le sexe est indifférent dans R.

Le facteur endocrinien (ménopause physiologique ou chirurgicale) est de grande importance dans C.; dans la mélanose, on a discuté l'avitaminose, la photosensibilisation, la perturbation sympathique, les facteurs professionnels (brai, goudron).

R. Burnier.

GYNÉCOLOGIE et OBSTÉTRIQUE
(Paris)

J.-L. Wodon. ***Le traitement de l'éclampsie*** (*Gynécologie et Obstétrique*, t. 37, n° 5, Mai 1938, p. 336-343). — Le traitement de l'éclampsie doit varier selon la gravité classée en trois degrés: 1° intoxications légères (lorsque l'albuminurie ne dépasse pas 1 *g.* 5 pour 1.000, ni la pression maxima 180 *mm.*); 2° intoxications sévères (lorsque l'albuminurie dépasse 1 *g.* 5 pour 1.000 et la pression maxima 180 *mm.*); 3° intoxications avec convulsions et coma.

Le traitement des intoxications légères comporte les traitements symptomatiques: de l'augmentation anormale de poids, de l'hypertension et de l'albuminurie.

a) Dès qu'une femme augmente de plus de 2.000 *g.* par mois au cours des six derniers de la gestation, il est avantageux de lui conseiller une réduction de régime alimentaire.

b) Si l'hypertension apparaît sans augmentation anormale de poids ou si, après un régime réduit, hypochloruré et hypohydrique, la pression maxima reste au-dessus de la normale, il faut limiter la quantité de protides du régime alimentaire à 1 *g.* par kilogramme de poids corporel, soit environ 60 *g.* de protides par 24 heures. Les malades doivent être maintenues au repos. L'hypertension est, parfois, heureusement influencée, dans ces cas, par des bains tièdes, par l'administration de bromures et par des purgatifs, en évitant soigneusement ceux qui comportent des ions Cl. Le sulfate de magnésie est particulièrement avantageux à cause des propriétés antispasmodiques et sédatives de l'ion Mg.

c) Tarnier a dit: « Une albuminurique, mise au lait 8 jours, n'aura pas d'éclampsie. » Cela n'est pas absolument vrai, mais il en est souvent ainsi. Cependant ce régime lacté n'est guère conforme aux idées actuelles de la diététique. Il nous est aisé d'ordonner divers régimes comportant les 1.800 calories qui sont nécessaires à une femme au repos, qui sont indispensables pour éviter l'apparition d'acidose par jeûne: légumes, fruits, lait, yaourt, crème de lait, tapioca, riz, etc., tout en veillant à ce que ce régime ne comporte pas plus de 0 *g.* 75 de protides par kilogramme de poids corporel et que la quantité de liquide absorbé en 24 heures n'excède pas 1 litre.

Le traitement des intoxications graves comporte une cure énergique de désintoxication que l'on ne peut guère organiser et surveiller correctement que si la malade est hospitalisée. La malade doit être mise au lit. Les urines sont récoltées pour pouvoir déterminer la valeur de la diurèse en 24 heures ou même en 48 heures; la malade ne recevra qu'un peu d'eau bicarbonatée pour éviter l'acidose malgré le jeûne. Dès que la valeur de la diurèse sera connue, on jugera de la quantité de boissons permise, on autorisera du jus de fruit, du thé, du lait sucré, de l'eau bicarbonatée. Après cinq ou six jours de cette cure sévère, ou bien la désintoxication devient évidente (l'albuminurie diminue, la diurèse est plus importante, les œdèmes se résorbent), ou bien on n'observe pas ou peu de changement. Si l'intoxication n'est guère influencée par le traitement, il est inutile de s'obstiner, un régime aussi sévère ne pouvant être maintenu plus longtemps sans provoquer de l'acidose. Le plus avantageux alors est de faire de la prophylaxie active en interrompant la grossesse. (Le procédé le plus simple et le plus efficace paraît être le placement d'une sonde de Krause.)

Le traitement des crises convulsives comporte la morphine et le choral, les multiples dérivés de l'acide barbiturique, les sels de calcium, les sels de magnésium. Parmi tous ces médicaments, le sulfate de magnésie est particulièrement avantageux, l'administration intramusculaire étant efficace et indolore. Si l'administration de sulfate de magnésie n'a pas été capable de rétablir une certaine diurèse, il faut injecter par voie veineuse de 250 *cm*³ à 400 *cm*³ de solution hypertonique de glucose. Primitive ou secondaire, l'acidose accompagne régulièrement les convulsions et le coma des éclamptiques. Il est indispensable d'administrer du bicarbonate de soude à ces malades, soit sous forme de lavements répétés, soit par goutte à goutte rectal.

En tout cas, l'éclampsie n'est plus une indication d'opération césarienne.

Henri Vignes.

Georges Lambert. ***Post-hypophyse et pré-éclampsie*** (*Gynécologie et Obstétrique*, t. 37, n° 5, Mai 1938, p. 359). — On a attribué — et c'est même, à l'heure actuelle, semble-t-il, l'opinion la plus généralement admise — l'éclampsie à la suractivité de la post-hypophyse. En 1931, les travaux d'Anselmino et Hoffmann (que nous avons résumés dans ce journal) ont apporté un sérieux appoint aux hypothèses de Kustner et de Seitz: l'ultra-filtration du plasma, prélevée chez une éclamptique, met en évidence une substance vaso-constrictrice et antidiurétique analogue à la pitressine de Kamm. Lambert s'est proposé de vérifier ces données. Il considère comme non démontré que l'éclampsie et les états pré-éclamptiques soient la conséquence d'une augmentation du taux de la pitressine dans le sang. Il estime que les moyens employés pour extraire la substance incriminée sont assez grossiers et qu'ils isolent une série de substances non spécifiques.

Henri Vignes.

REVUE FRANÇAISE DE PEDIATRIE
(Strasbourg)

A. W. Végier (Amsterdam). ***Le traitement du diabète sucré chez l'enfant par le régime libre*** (*Revue française de pédiatrie*, t. 13, n° 6, 1937, p. 662-671). — Dès le premier jour, les petits malades peuvent manger tout et autant qu'il leur plaît. Lorsque, au bout de trois jours, on s'est fait une opinion sur le degré de la glycosurie et de l'acétonurie, et après avoir établi éventuellement la courbe du taux du sucre sanguin, on commence les injections d'insuline et même au besoin plus tôt.

Les injections d'insuline sont pratiquées trois fois par jour. Aux enfants de moins de 3 ans on donne au maximum 10 unités, de 3 à 6 ans 20 unités; de 6 à 12 ans 30 unités maximum. Les jours suivants, on augmente la quantité d'insuline proportionnellement à la quantité de glucose excrétée.

Par la progression rapide de la quantité d'insuline, la glycosurie disparaît bientôt totalement ou presque. Mais comme l'appétit, exagéré au début, redevient habituellement normal, il faut dès lors être prudent en administrant l'insuline. Le plus souvent, on peut diminuer le nombre d'unités d'insuline plus ou moins vite, tandis que la glycosurie reste à peu près nulle.

En rendant l'enfant aux parents, on remet à ceux-ci un schéma qui leur permet de déterminer la quantité d'insuline à injecter. On doit d'ailleurs laisser aux enfants une légère glycosurie pour ne pas être surpris par une hypoglycémie.

V. publie plusieurs observations qui montrent que les médecins n'ont pas à craindre que le traitement au régime libre impose des quantités excessives d'insuline.

V. admet que la faible glycosurie qui se produit dans quelques cas légers de diabète rénal, traités par le régime libre, pourrait disparaître par un régime restreint avec insuline.

Le danger d'hypoglycémie avec le traitement par le régime libre n'est pas considérable, si les parents s'en tiennent aux prescriptions et s'il y a un contrôle régulier. Le danger de coma diabétique est plutôt moindre que celui qui existe avec les autres traitements. En outre, les enfants soumis au régime libre supportent bien les injections.

Enfin, il convient de noter que ce traitement n'impose pas aux parents de condition modeste des dépenses trop élevées.

G. Schreiber.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Berlin)

Erwin Frommelt. ***Diencéphale et hyperglycémie extra-insulaire*** (*Klinische Wochenschrift*, t. 17, n° 12, 19 Mars 1938, p. 404-407). — On a appris à connaître un diabète sucré qui est dû, non pas à une insuffisance de l'appareil insulaire, mais à des troubles cérébraux. On admet en général que l'hyperglycémie et la glycosurie observées en pareil cas ont, pour origine, une production excessive d'adrénaline antagoniste de l'hormone insulaire.

En provoquant chez le chat une série de lésions du diencéphale, Lewy et Gassmann ont constaté l'excitation et la destruction du noyau paraventriculaire, une élévation remarquablement forte et persistante de la glycémie, bien plus importante que celle qui est observée après la piqûre classique. L'observation clinique a d'ailleurs montré que chez les sujets dont l'appareil insulaire est normal, il peut survenir, du fait de lésions cérébrales, de l'hyperglycémie et de la glycosurie.

Dans une observation de F. concernant une femme de 70 ans, on a constaté, après un ictus, l'apparition de glycosurie (1,8 pour 100) et d'une glycémie atteignant 621 *mg.* pour 100 *g.* La mort survint du fait d'un nouvel ictus et à l'autopsie on constata une hémorragie récente du diencéphale intéressant la partie moyenne du noyau paraventriculaire.

Dans un deuxième cas, il s'agit d'un homme de 62 ans chez lequel on constata un état de confusion, une très forte hyperglycémie (528 *mg.* pour 100 *g.*) et, finalement, à l'autopsie, des lésions de la paroi gauche du 3ᵉ ventricule avec altération importante des vaisseaux (téléangiectasie, hémorragies récentes) du noyau paraventriculaire.

Ces observations confirment que les noyaux du diencéphale, et particulièrement le noyau paraventriculaire, ont une signification essentielle au point de vue de l'hyperglycémie extra-insulaire.

P.-E. Morhardt.

A. Juhasz-Schäffer. ***Héméralopie de la gestation et vitamine A*** (*Klinische Wochenschrift*, t. 17, n° 12, 19 Mars 1938, p. 407-409). — Birnbacher et Klaften ont procédé, en 1923, à une série de recherches sur un grand nombre de gestantes et constaté dans 9 cas l'existence d'héméralopie qui, pour la plupart, était survenue au printemps. Ces auteurs ont admis qu'il s'agissait de carence de vitamine A. Le résultat de ces recherches fut confirmé par Edmund et Clemmesen, en 1936. Ces auteurs ont utilisé une méthode (épreuve de l'adaptation) qui s'est montrée particulièrement sensible et qui a établi l'existence chez plus de la moitié de ces femmes d'un trouble de l'adaptation.

Les recherches de J.-S. se sont étendues à 38 cas. Dans 16 de ces cas, il n'y avait aucun symptôme pathologique; il s'agissait cependant de femmes misérables, mal nourries et travaillant physiquement beaucoup. Chez les autres, il y avait avortement habituel (4 cas), hyperemesis gravidarum (8 cas) et néphrite de la gestation (6 cas).

L'examen a consisté à utiliser l'adaptomètre à cinq points de Birsch-Hirschfeld: on fait examiner par les gestantes un champ lumineux de 10° représentant 3.000 lux. Ensuite, on fait l'obscurité et

on détermine, toutes les 5 minutes, le seuil de l'excitation nécessaire pour provoquer une sensation lumineuse. La courbe ainsi obtenue permet de caractériser les troubles de l'adaptation qui se manifestent d'abord par une diminution de la sensibilité initiale. Dans 9 cas, il a été constaté ainsi une réduction de la vision crépusculaire. Il s'agissait deux fois de gestation normale, deux fois de néphrite, deux fois d'avortement habituel et trois fois d'hyperemesis gravidarum. Dans ces 9 cas, la courbe obtenue était très aplatie et le seuil de l'excitation terminale représentait seulement un tiers du chiffre normal.

Les deux cas d'avortement habituels, qui présentaient une adaptation subnormale, ont présenté ceci de particulier que l'acuité visuelle a été nettement modifiée par l'administration d'huile de germe de blé, soumise à des essais préalables qui avaient établi sa richesse en vitamine E. En outre, cette huile contenait du carotène, de sorte qu'on est amené à se demander si c'est la vitamine E ou le carotène qui s'est montré actif chez ces gestantes. Dans les 3 cas d'hyperemesis gravidarum et dans les 2 cas de néphrite, on a constaté d'ailleurs une diminution importante du taux de la vitamine A dans le sérum.

En pratiquant cette épreuve chez des gestantes près du terme, on constata des variations importantes suivant la saison. De l'été jusqu'au milieu de l'hiver, l'adaptation est normale, puis au début du printemps le nombre des adaptations subnormales augmente progressivement. Néanmoins, les cas d'héméralopie restent rares. Le problème à élucider est donc celui des formes frustes et des maladies patentes.

Dans ces divers cas, il aurait été constaté un parallélisme étroit entre la courbe de l'adaptation et la vitamine A du sang calculée en unité Lovibond. Il a été également constaté que l'organisme de la gestante a des besoins en vitamines beaucoup plus élevés que ceux de la non gestante. Ainsi, par exemple, chez une gestante, 40.000 unités Lovibond suffisent pour rendre l'adaptation normale pendant 6 jours. La même quantité de vitamines suffirait chez une non gestante pour rendre l'adaptation normale pendant trois à six fois plus de temps.

Au cours de culture de tissus, il a été également constaté que l'adjonction des vitamines augmente la prolifération des éléments comme si la vitamine était un catalyseur de fonctions cellulaires encore mal connues.

La détermination de l'adaptation à l'obscurité constitue un moyen de recherches cliniques d'application facile et permettant de déterminer, dès le début, la carence de vitamine A.

P.-E. Morhardt.

MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Munich)

Bröder et **Engel**. **Béribéri indigène** (*Münchener medizinische Wochenchrift*, t. **85**, n° 3, 21 Janvier 1938, p. 88-90). — B. et E. relatent l'observation d'une jeune fille de 14 ans qui, par suite d'une phobie de l'obésité, a adopté pendant plusieurs mois un régime déséquilibré et insuffisant comportant presque uniquement des aliments hydrocarbonés ; durant cette période elle fournissait un travail physique assez intense.

Un tableau clinique de carence chronique en vitamine B_1 se constitua progressivement : anorexie, constipation grave, polynévrite périphérique des membres inférieurs avec œdème.

Le régime complet additionné de vitamine B_1 par voie parentérale et orale fit disparaître rapidement les œdèmes et améliora l'état général, tandis que les manifestations polynévritiques régressaient lentement et incomplètement en plusieurs mois.

Malgré les publications chinoises récentes niant l'apparition des avitaminoses B_1 indigènes, l'observation de cette jeune malade paraît bien appartenir à cet ordre de fait.

G. Dreyfus-Sée.

Gottlebe. *Observation de leucémie familiale* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **85**, n° 4, 28 Janvier 1938, p. 140-141). — Le nombre des cas de leucémie familiale connus est faible. Il paraît donc intéressant de publier les observations isolées dans lesquelles l'affection sanguine revêt le caractère familial.

G. a observé deux sœurs qui sont décédées au même âge (60 ans) de leucémie myéloïde aiguë ou subaiguë. Il pense qu'il existait une altération constitutionnelle et héréditaire de la moelle osseuse provoquant un épuisement progressif qui n'est devenu manifeste cliniquement que tardivement.

G. Dreyfus-Sée.

K. Gutzeit. *Les infections dentaires et leur diagnostic à l'aide d'une irritation dentaire par les ondes courtes* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. 85, n° 5, 4 Février 1938, p. 164-166). — A l'aide de ce procédé il est possible de différencier les foyers dentaires actifs et inactifs afin d'établir ceux qui peuvent être mis en cause dans l'étiologie de manifestations générales à point de départ focal.

Les recherches de G. montrent que sur des dents saines à pulpe vivante l'irradiation ne provoque aucune réaction générale et pas d'accélération du temps de sédimentation.

Parmi les dents malades, à pulpe morte, ou présentant un granulome, un certain nombre réagissent en provoquant une amélioration nette du temps de sédimentation.

Pour quelques-unes de ces dents malades la réaction ne se produit pas. En perfectionnant la méthode et en faisant une critique serrée de ses échecs on peut parvenir à réduire encore ces causes d'erreurs.

Cependant, actuellement, ce test intéressant ne peut être utilisé en pratique que lorsque son résultat est positif : il y a là une indication ferme qui doit faire supprimer le foyer infectieux.

La valeur des réactions négatives demeure discutable.

G. Dreyfus-Sée.

K. Kollmeier. *Les abcès pulmonaires sont-ils justiciables de la collapsothérapie ?* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **85**, n° 5, 4 Février 1938, p. 179-181). — Le traitement des collections suppurées pulmonaires par le pneumothorax a fait l'objet de maintes discussions.

K. apporte sa contribution à cette question sous forme de sept observations favorables à la collapsothérapie des abcès pulmonaires. Dans aucun cas le pyopneumothorax redouté ne se produisit. Les abcès centraux et juxtahilaires seraient, en général, justiciables de cette méthode alors que la plus grande prudence est prescrite pour les abcès siégeant près de la plèvre.

G. Dreyfus-Sée.

Brockmuller. *Le traitement de l'acidose diabétique par l'acide succinique* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. 85, n° 7, 18 Février 1938, p. 252-253). — Aux observations déjà publiées depuis 1911 par plusieurs auteurs, 3 cas nouveaux qui lui permettent de conclure qu'il est possible de supprimer l'acidose diabétique à l'aide d'acide succinique sans l'intervention de l'insuline. Il n'est pas question de supplanter l'insuline mais l'adjonction de l'acide succinique peut faciliter le traitement et l'améliorer dans les cas où l'insuline seule ne parvient pas à modifier le métabolisme pour supprimer l'acidose.

G. Dreyfus-Sée.

H. Zettel. *La thérapeutique par la vitamine B_1, en particulier en ce qui concerne les myélites funiculaires* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. 85, n° 7, 18 Février 1938, p. 254-255). — Dans de nombreux cas d'affections du système nerveux l'administration parentérale de vitamine B_1 s'est montrée efficace.

En ce qui concerne le traitement des myélites funiculaires par la vitamine B_1 on a observé surtout une amélioration des symptômes subjectifs et de la force motrice. Une myélite ancienne de même qu'un cas de paralysie spastique et une sclérose en plaques demeurèrent rebelles à ce traitement. Des névrites isolées furent améliorées dans la plupart des cas.

Il paraît difficile d'établir un schéma posologique, la décision devant être prise pour chaque cas particulier.

En tout cas il importe de se servir de préparations très purifiées ; les essais de régimes riches en vitamine B_1, de même que le traitement par voie orale se sont montrés inactifs.

G. Dreyfus-Sée.

Litzner. *Observations personnelles sur l'emploi de l'autohémothérapie irradiée d'après les techniques de Havlicek* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. 85, n° 8, 25 Février 1938, p. 280-281). — La méthode d'Havlicek qui consiste à irradier avec une lampe à R.U.V. le sang destiné à être réinjecté à son donneur constitue une technique intéressante : elle modifie le sang sans lui enlever la propriété d'être fort bien toléré.

Des résultats favorables ont été observés par L. dans le traitement de sujets atteints de rhumatismes chroniques, de séquelles de polyarthrites aiguës, de rhumatismes musculaires ou lors de manifestations allergiques aiguës.

En particulier, le sang irradié serait supérieur à l'hémothérapie simple par son action analgésique qui paraît s'exercer par l'intermédiaire du sympathique. Le rôle des vitamines D et peut-être de substances réduites, d'action analogue à C, serait aussi à considérer pour expliquer l'action tonique générale de cette thérapeutique.

G. Dreyfus-Sée.

Schœn et **Naumann**. ***Affections non tuberculeuses présentant une image radiologique ressemblant à la tuberculose*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. 85, n° 8, 25 Février 1938, p. 287-292). — Une étude précise permet de porter le diagnostic différentiel de certaines affections se présentant avec une image radiologique très semblable à celle qu'on est accoutumé de rencontrer dans la tuberculose pulmonaire.

C'est ainsi que l'*image miliaire diffuse* granulique s'observe dans les carcinoses miliaires secondaires du poumon ; plus rarement se posera le diagnostic de bronchiolite oblitérante, de cirrhose pulmonaire de Buhl ; par contre, la distinction des pneumokonioses, des anthracoses, silicoses, etc., est souvent difficile.

Les images de *foyer confus* peuvent aussi être réalisées par des pneumokonioses, mais surtout par certaines formes de syphilis pulmonaire, de pneumonies chroniques, de carcinome pulmonaire et aussi de stase congestive pulmonaire chronique.

Les *cavités pulmonaires* isolées relèvent parfois de la gangrène pulmonaire, plus rarement de formes cavitaires du carcinome bronchique. Les images de cavernes multiples se rencontrent dans les bronchectasies.

Des *foyers arrondis isolés* non tuberculeux s'observent dans certaines formes de tumeur : fibromes ou sarcomes du poumon, ainsi que dans les kystes, les échinococcoses pulmonaires.

La *lobite tuberculeuse* **doit être différenciée de la** pneumonie chronique et du carcinome avec atélectasie.

Enfin l'*infiltration juxtahilaire* pose des problè-

mes nombreux afin de différencier la participation pulmonaire, pleurale, médiastinale, ganglionnaire, voire même de la thyroïde ou du thymus.

Les données cliniques et bactériologiques sont donc indispensables pour affirmer un diagnostic de tuberculose, quelque typique que paraisse l'image radiologique.

G. Dreyfus-Sée.

R. Imbach. *Fistule bronchique lombaire au cours d'une spondylite tuberculeuse* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **85**, n° 11, 18 Mars 1938, p. 399-401). — Une fistule lombaire étant survenue à la suite d'un abcès par congestion au cours d'une spondylite tuberculeuse, l'injection lipiodolée dans le trajet fistuleux mit en évidence une communication avec les bronches. Cette lésion anatomique importante ne provoquait cliniquement que des symptômes négligeables. Cependant l'analyse clinique comparative des divers cas analogues publiés permet de mettre en évidence quelques symptômes qui pourraient être désormais utilisés pour soupçonner le diagnostic de cette curieuse complication.

G. Dreyfus-Sée.

BRUNS' BEITRAGE ZUR KLINISCHEN CHIRURGIE (Berlin)

Dengler (Tübingen). ***Résultats des interventions sur les ménisques*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **167**, 3 Avril 1938, p. 449-473). — Sur 122 cas opérés depuis 1926 à la clinique de Tübingen peur des lésions des ménisques du genou, D. apporte les résultats éloignés de 74 cas, soit que ces malades aient été revus, soit qu'ils aient répondu par lettre au questionnaire qui leur était adressé.

Sur ces 74 cas on relève 12 femmes et 62 hommes.

Les lésions étaient les suivantes :

- 49 ménisques en anse de seau;
- 9 ruptures transversales ou longitudinales;
- 7 cas d'arrachement de la corne antérieure;
- 4 cas d'arrachement de la corne postérieure;
- 5 cas de désinsertion latérale.

L'intervention de choix a été l'extirpation complète du ménisque lésé après section du ligament latéral interne.

Les résultats sont les suivants:

Parfaits: 24; bons: 25; moyens: 18; mauvais: 7.

Si on cherche à envisager maintenant les résultats suivant l'âge des opérés on note:

1° Entre 15 et 25 ans: sur 31 cas. Parfaits: 18; bons: 12; moyens: 5; mauvais: 1.

2° Entre 25 et 35 ans: sur 26 cas. Parfaits: 8; bons: 10; moyens: 3; mauvais: 1.

3° Entre 35 et 45 ans: sur 10 cas. Parfaits: 3; bons: 3; moyens: 3; mauvais: 1.

4° A partir de 45 ans et au delà: sur 7 cas. Résultats moyens: 3; mauvais: 4.

Envisageant enfin les résultats suivant *le sexe* on note:

Chez l'homme: 21 résultats parfaits, 20 bons, 15 moyens, 6 mauvais.

Chez la femme: 3 résultats parfaits, 5 bons, 3 moyens, 1 mauvais.

J. Sénèque.

Bordasch (Königsberg). ***Sur la chirurgie médullaire*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **167**, 3 Avril 1938, p. 473-481). — B. publie les résultats de 37 cas de chirurgie médullaire comprenant: les tumeurs de la moelle, les chordotomies, les lésions inflammatoires.

I. *Tumeurs de la moelle*. — Sur 22 malades opérés avec ce diagnostic on relève: 6 guérisons, 7 améliorations, 2 cas sans résultat, 7 morts.

1° Les 6 cas guéris concernent: 3 *neurinomes* (1 extradural, 2 intraduraux, extramédullaires: D_5, D_9), 1 *fibro-endothéliome*, 1 *psammome*, 1 *tumeur de granulation* (dans ces 3 derniers cas la tumeur était intradurale, extramédullaire).

2° Les 6 cas améliorés concernent: 2 *neurinomes* (intramédullaire: C_3, intradural: L_3), 1 *endothéliome*, 1 *tumeur de granulation*, 2 *cas de méningite séreuse circonscrite*, 1 *arachnoïdite*. Tous cas intraduraux et extramédullaires.

3° Les 2 cas sans résultat: 1 *neurinome*, 1 *hémangiosarcome*.

4° Les 7 cas terminés par la mort concernaient tous des *sarcomes*.

II. *Chordotomies* 7 cas. — 1 cas d'arthrite vertébrale avec douleurs bilatérales dans les membres inférieurs: guérison; 6 cas de métastase de cancer de l'utérus: 2 bons résultats, 1 moyen, 1 mort dans les jours suivants, 1 mort sur la table d'opérations.

III. *Processus inflammatoires*. — 6 cas de spondylite tuberculeuse: 2 améliorations, 2 cas sans changement, 2 morts.

1 ostéomyélite vertébrale: guérie.

1 cas de paralysie de nature imprécise: très amélioré.

J. Sénèque.

THERAPIE DER GEGENWART (Berlin)

Wolfgang Weichardt. *Qu'est-ce qui s'est montré efficace dans la thérapeutique non spécifique; quelle mesure, quelle méthode et quelles conceptions relatives à cette thérapeutique doivent être abandonnées?* (*Therapie der Gegenwart*, t. **79**, n° 2, Février 1938, p. 49-52). — Il s'est écoulé une vingtaine d'années depuis le moment qui fut marqué par un flot de publications sur la thérapeutique non spécifique et sur l'activation du protoplasma. Jusqu'alors on avait cherché surtout des méthodes spécifiques contre les microbes sans s'occuper beaucoup de la participation éventuelle des cellules. A partir de ce moment on en revint à des méthodes purement empiriques, qui avaient été abandonnées et qui n'étaient certainement pas spécifiques. A cette époque W. pensa que les effets ainsi obtenus pouvaient s'expliquer par la production dans l'organisme de principes actifs déterminés, capables d'augmenter le rendement des cellules et des complexes cellulaires, surtout en ce qui concerne les mécanismes de défense. Ainsi la cellule se trouvait de nouveau mise au premier plan, car c'est sur elle que ces thérapeutiques prétendaient agir. Effectivement, si les méthodes non spécifiques ne font pas apparaître des anticorps, du moins elles se montrent capables d'en augmenter le taux quand ceux-ci existent préalablement. Parfois même, en cas d'hypersensibilité, des doses de médicament non spécifique peuvent entraîner des altérations graves. Quoi qu'il en soit, dans ces diverses méthodes thérapeutiques, il intervient une cause unique, constituée par une augmentation des processus de désintégration intracellulaire donnant naissance à des produits capables d'avoir des effets activants (tyramine, histamine, adénosine, acétylcholine) dont aucune n'est isolément capable de reproduire les phénomènes recherchés par l'application de la méthode. En somme, la thérapeutique non spécifique est essentiellement une activation. De plus, elle accélère l'élimination des produits intermédiaires toxiques.

L'impaludation thérapeutique et la pyrétothérapie constituent des méthodes non spécifiques. La première, en particulier, détermine dans le cerveau des réactions focales qui ont la guérison pour conséquence parce qu'elles entraînent la mobilisation de substances protectrices spécifiques. Entre cette méthode et les applications physiques sur la peau, il y a tous les intermédiaires. Les injections de suspension de bactéries sont un des intermédiaires, de même que les injections de protéines diverses.

Il est important, en pratique, de savoir que des résultats favorables sont également obtenus quand, après injection de suspension de bactéries, on administre un antipyrétique et qu'on abaisse la température, ce qui montre que la fièvre n'est pas indispensable pour que les défenses de l'organisme soient efficacement stimulées.

P.-E. Morhardt.

BOLETIN DEL INSTITUTO DE MEDICINA EXPERIMENTAL (Buenos Aires)

Roffo (Buenos-Aires). ***Action de la rœntgenthérapie à courte distance sur la malignité de la cellule cancéreuse cultivée* in vitro** (*Boletin del Instituto de Medicina experimental de Buenos-Aires*, an. **14**, n° 45, Septembre 1937, p. 287). — Les recherches entreprises par R. lui permettent d'aboutir aux conclusions suivantes:

« 1° La rœntgenthérapie à courte distance diminue la malignité de la cellule cancéreuse, ce qui a été prouvé dans les greffes de tissus cultivés *in vitro*.

2° Lorsque les cultures du sarcome fusocellulaire et de l'adénocarcinome reçoivent plus de 400 unités R, la cellule cancéreuse perd complètement sa malignité et son pouvoir de reproduction tumoral, ce qu'on constate par la comparaison des greffes de tissus des mêmes cultures non traitées par les rayons.

3° Cette action est moins considérable, lorsque la cellule reçoit une dose inférieure a 300 unités R. »

C. Ruppe.

Roffo (Buenos-Aires). ***Conception sur l'action du soleil et des rayons ultra-violets dans le développement du cancer*** (*Boletin del Instituto de Medicina experimental de Buenos-Aires*, an. **14**, n° 45, Septembre 1937, p. 447). — R. avait trouvé une augmentation de la cholestérinémie chez les sujets porteurs de tumeurs cancéreuses; c'est un fait qui fut confirmé par des observations multiples. Il constata ensuite que le cholestérol tissulaire augmente dans les régions exposées au soleil. Ce fait fut observé sur l'animal d'expérience aussi bien que chez l'homme. Plus tard, le Prof. Roffo montra que le cholestérol exposé au soleil ou aux rayons ultra-violets prenait des propriétés luminescentes très importantes comme la fluorescence, la photoactivité (phosphorescence avec émission des rayons ultra-violets), l'ionisation, etc., etc., et que sa structure chimique subissait des désintégrations laissant subsister un noyau phénantrénique basique qui se trouve dans tous les corps chimiques qui développent des tumeurs malignes.

Ainsi, nous voyons que les radiations solaires elles-mêmes ne sont pas cancérigènes, mais qu'elles agissent indirectement en formant un terrain précancéreux (dû à la fixation du cholestérol) et en désintégrant cette substance, en la transformant en substance cancérigène (noyau phénantrénique). Elles prennent une grande importance dans le rôle étiologique du cancer de la peau.

C. Ruppe.

THE MEDICAL JOURNAL OF AUSTRALIA (Sydney)

W. J. Penfold et J. Sutherland. *Réfractométrie et concentration de la bile* (*The medical Journal of Australia*, 25e année, t. **1**, n° 16, 16 Avril 1938, p. 692-699). — L'indice réfractométrique de la bile varie de 1,3373 pour le cobaye à 1,3699 pour le lapin; chez l'homme normal, l'indice réfractométrique de la bile prise dans la vésicule biliaire est de 1,3567. Ces recher-

elles n'ont pas confirmé l'opinion de Friedrich disant que la bile de vésicules paraissant normales pouvait avoir un index bas. Le jeûne élève légèrement l'indice réfractométrique de la bile du cobaye. La privation d'eau, spécialement quand la température est chaude, provoque une déshydratation et une élévation plus marquée de l'indice biliaire. Le lapin, dont l'indice est élevé, a une petite vésicule qui contient environ 0,5 à 0,8 cm³.

Chez l'homme, plus la fraction saline de la bile est grande, moins il y a de vraisemblance de la trouver infectée. Au contraire, l'infection est fréquente lorsque la fraction saline est faible dans le blocage du canal cystique. Chez les porteurs de bacilles typhiques et paratyphiques, traités par la cholécystectomie, la concentration biliaire était faible ou modérée.

La bile est toujours plus concentrée dans la vésicule que dans le canal cholédoque.

ROBERT CLÉMENT.

ARCHIVES OF DERMATOLOGY AND SYPHILOLOGY (Chicago)

Genner et **Bonnevie** (Copenhague). ***Eruptions eczémateuses causées par les feuilles d'arbre ou d'arbuste*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. 37, n° 4, Avril 1938, p. 583-589). — On connaît depuis longtemps les éruptions eczémateuses causées par les plantes et les arbres; de nombreux cas d'eczéma artificiel ont été provoqués par certaines primevères (*Primula obconica*) utilisées comme plantes d'ornementation, par le citron, le pin, le chêne, l'aune; les feuilles de certains arbres (eucalyptus, myrte, prunier, aune, *hamamelis virginica*, *chamaecyparis lawsonia*, *thuya orientalis*, etc.) ont également déterminé des éruptions eczématiformes.

G. et B. rapportent 3 observations d'eczéma provoqué deux fois par des feuilles d'orme (*ulmus montana*) et une fois par des feuilles de magnolia (*magnolia grandiflora* et *m. hypoleuca*); la face et les mains étaient particulièrement atteintes. Dans les 3 cas, le diagnostic fut confirmé par l'épreuve des tests.

R. BURNIER.

Sulzberger et **Goodman**. ***La cheilite du rouge*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. 37, n° 4, Avril 1938, p. 597-615). — A côté des cheilites idiopathiques, exfoliatrices ou glandulaires, certaines irritations de la partie rouge des lèvres sont dues à une hypersensibilité vis-à-vis de certaines substances chimiques. La cheilite du rouge rentre dans ces cas.

Cette cheilite peut être causée par l'une quelconque des substances entrant dans la composition du bâton de rouge.

Parfois c'est le parfum qui est en cause, parfois c'est la lanoline.

Le plus souvent, l'hypersensibilisation existe vis-à-vis des matières colorantes employées : bromofluorescéine, sulfobeta-naphtalenezobeta-naphtol.

D'une façon générale la cheilite du rouge est rare; quand elle existe, elle est due à une sensibilite allergique acquise vis-à-vis d'un ou de plusieurs corps entrant dans la composition du bâton de rouge.

R. BURNIER.

Lain et **Lame**. ***Traitement d'une éruption pemphigoïde par la sulfanilamide*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. 37, n° 5, Mai 1938, p. 840-842). — On sait que la sulfanilamide a été employée avec succès contre les affections d'origine streptococcique.

Welsh ayant isolé du nasopharynx de malades atteints de pemphigus des streptocoques virulents, on pensa que certains pemphigus pouvaient être d'origine streptococcique.

Un homme de 48 ans fut atteint de lésions vésiculo-bulleuses, à contenu séro-purulent, disséminées surtout aux aisselles, aux coudes, aux os, à la nuque, aux cuisses; quelques lésions existaient à la muqueuse buccale, à la face, au cuir chevelu et aux pieds.

On prescrivit 2 g. 50, puis 3 g. de sulfanilamide pendant sept jours, puis on diminua la dose à 1 g. Au bout de trois jours les lésions commencèrent à s'exfolier, se desséchèrent et guérirent définitivement.

R. BURNIER.

THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES (Philadelphie)

R. A. Matthews. ***Traitement symptomatique de l'encéphalite chronique par le sulfate de benzédrine*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. 195, n° 4, Avril 1938, p. 448-452). — Parmi les 20 patients atteints de syndrome parkinsonien post-encéphalitique, traités par M. au moyen de sulfate de benzédrine (benzylméthylcarbaminamine), médicament adrénalergique, à la dose de 36 mg. par jour, pendant une période de 6 à 12 mois, les 3/4 éprouvèrent une amélioration symptomatique fort nette. Les symptômes les plus influencés ne furent pas les mêmes dans tous les cas, mais, d'une façon générale, on nota une diminution de la rigidité, du tremblement, de la salivation et des crises oculogyres. De plus, on constata une amélioration du caractère et une augmentation de la force et de l'énergie.

La benzédrine renforce l'action de l'atropine, du datura et de l'hyoscine; le mieux est de l'employer associée à ces médicaments dans le traitement du parkinsonisme post-encéphalitique.

P.-L. MARIE.

W. G. Lennox. ***Parallèle entre l'ergonovine et l'ergotamine dans la sédation des migraines*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. 195, n° 4, Avril 1938, p. 458-469). — On sait les bons résultats que donne l'ergotamine dans la céphalée migraineuse. Dernièrement on a isolé de l'ergot un nouvel alcaloïde doué de propriétés ocytociques plus puissantes que ceux connus jusqu'ici, l'ergonovine. Il était naturel de songer à l'utiliser chez les migraineux. L. l'a administré à 78 de ces patients lors de l'accès de migraine.

Injectée par voie sous-cutanée, elle a mis fin à la céphalée chez 37 pour 100 des malades, alors que l'ergotamine donne le succès chez 89 pour 100. Elle procura une sédation partielle ou temporaire à 40 pour 100 des autres malades. La proportion de sujets non soulagés fut de 21 pour 100 avec l'ergonovine, contre 6 pour 100 avec l'ergotamine.

L'ergonovine prise par la bouche, bien que moins active qu'administrée par voie sous-cutanée, se montre un peu plus efficace que l'ergotamine donnée par voie buccale.

L'ergonovine produit une légère augmentation de la pression sanguine systolique et diastolique, ainsi qu'un faible ralentissement du pouls, la moyenne de ces modifications restant de moitié inférieure à celles observées avec le tartrate d'ergotamine. L'action spécifique de l'ergotamine et de l'ergonovine sur la cessation de l'accès migraineux n'est pas liée à leur effet ocytocique, mais elle est probablement en rapport avec l'action de ces alcaloïdes sur le système vasculaire.

P.-L. MARIE.

BRITISH MEDICAL JOURNAL (Londres)

B. Portnoy et **J. F. Wilkinson**. ***La carence en vitamine C dans l'ulcère de l'estomac et dans les hématémèses*** (*British medical journal*, n° 4027, 12 Mars 1938, p. 554-560). — P. et W. ont dosé par 6 méthodes différentes la vitamine C dans le sang et dans l'urine de 25 malades atteints d'ulcère d'estomac, de 31 malades atteints d'hématémèses et de 51 sujets normaux.

L'excrétion urinaire d'acide ascorbique est de 7 à 13 mg. par litre chez les sujets atteints d'ulcérations gastriques alors qu'elle est de 22 à 29 mg. chez les sujets normaux.

Le test de saturation montre qu'il faut administrer des doses de 2.000 à 8.000 mg. alors que la saturation est obtenue chez les sujets normaux avec 500 à 1.000 mg. d'acide ascorbique.

La teneur en vitamine C du plasma est de 0,6 à 1,85 mg. par 100 centicubes chez les sujets normaux; elle est de 0,14 à 0,89 chez les sujets malades.

L'absorption ou l'injection intra-veineuse de vitamine C montre une déficience dans le degré de saturation du sang et dans l'excrétion urinaire chez les sujets malades.

Le test de décoloration confirme également cette carence, qui est encore plus grande chez les sujets atteints d'hématémèses.

Ces recherches montrent l'utilité de donner à de tels malades de fortes quantités de vitamine C.

ANDRÉ PLICHET.

Geoffrey Bourne. ***La déficience en vitamine C dans les ulcères gastriques estimée par le test de la résistance capillaire*** (*British medical journal*, n° 4027, 12 Mars 1938, p. 560-562). — Par la méthode de Gothlin, B. a étudié la résistance des capillaires de malades atteints d'ulcère gastrique ou duodénal, de malades atteints d'autres maladies ou de sujets normaux.

Cette méthode de Gothlin est une recherche du signe du lacet obtenu à faible pression. On compte les pétéchies dans un cercle de 6 cm. au pli du coude.

Les malades atteints d'ulcère digestif ont une fragilité des capillaires plus grande que les sujets atteints d'autres affections ou que les sujets normaux. Ce degré de fragilité capillaire semble être en rapport avec le régime des malades (régime de Sippy) et peut être atténué par l'adjonction de vitamine C.

Il n'est pas prouvé que cette carence en vitamine C détermine l'ulcère puisque certains sujets avant d'être hospitalisés ne suivaient pas de régime, mais on peut supposer que de tels régimes carencés ont une influence sur la transformation de l'ulcère aigu en maladie chronique.

ANDRÉ PLICHET.

J. Mason Brown et **Melville Arnott**. ***Le traitement des maladies artérielles oblitérantes par la compression veineuse intermittente*** (*British medical journal*, n° 4028, 19 Mars 1938, p. 616-618). — Cette méthode a été introduite en thérapeutique par Collens et Wilensky en 1937. A l'aide d'une pompe électrique, on établit une compression dans un manchon qui enserre le membre au-dessus de l'oblitération. On établit une pression variant entre 20 et 120 mm. pendant 2 minutes, suivies de 2 minutes de repos, puis on fait une nouvelle compression. Cette compression intermittente doit être continuée pendant plusieurs jours et les résultats ne sont souvent acquis qu'après 300 et 500 heures de traitement.

Ces résultats semblent être encourageants comme le montre un tableau annexé à cet article.

ANDRÉ PLICHET.

Sir Arthur Hurst. ***La base physiologique de « l'état biliaire » et « du vent autour du cœur »*** (*British medical journal*, n° 4029, 26 Mars 1938, p. 626-667). — Il s'agit dans cet article d'une conférence faite par H. sur ce que l'on appelle dans le public « le foie touché » et « le vent autour du cœur ».

On peut dire que le foie est touché quand après avoir fait absorber 50 *g.* de lévulose, la glycémie dans les 2 heures qui suivent ne s'élève pas à plus de 25 *mg.* par 100 centicubes. L'alcool vient en première ligne dans l'étiologie de cette insuffisance hépatique et il n'est pas besoin d'attendre le développement d'une cirrhose pour faire le diagnostic d'une atteinte du foie. Cette insuffisance hépatique se retrouve d'ailleurs dans l'hépatite amibienne.

L'état bilieux est également à la base de toutes les migraines. Mais ici il ne s'agit pas d'insuffisance hépatique comme le témoigne l'absence du test à la lévulose, mais de lésions de la vésicule biliaire, non pas de cholécystite calculeuse, mais de cholécystite inflammatoire.

Quant au « vent autour du cœur », expression populaire anglaise, il est dû à un grand nombre de causes. En premier lieu, il est dû à l'aérophagie dont on sait l'origine neurotique, à la dyspepsie intestinale des hydrates de carbone, produisant parfois des flatulences excessives. Plus rarement ce syndrome est dû à une éventration diaphragmatique, à un mégacolon avec aérocolie bloquée. Ces cas sont plus graves et demandent souvent l'intervention chirurgicale.

André Plichet.

H. K. Snell et **G. A. Cormack.** ***Fréquence de l'inégalité pupillaire chez les prévenus dans les prisons*** (*British medical journal*, n° 4029, 26 Mars 1938, p. 672-673). — Sur 3.000 prévenus examinés S. et C. ont trouvé 295 cas d'anisocorie permanente. Chez 139 de ces sujets, soit 47 pour 100, l'examen ne décèle aucune anomalie. Chez 62, soit 21 pour 100, on trouve un trouble de réfraction; chez 30, soit 10 pour 100, il y avait des antécédents personnels syphilitiques. Chez les 64 malades restant, l'inégalité pupillaire était due à différentes causes.

Par conséquent, dans les 2/3 de ces cas, l'anisocorie ne pouvait avoir aucune signification médico-légale et dans moins de la moitié du tiers restant cette anisocorie était associée à la syphilis ou à une blessure cranienne ancienne pouvant être la cause de troubles mentaux. Dans ces cas seuls l'anisocorie pouvait avoir une valeur médico-légale.

André Plichet.

THE LANCET
(Londres)

Ed. Hoare. ***Modifications bactéricides produites dans le sang et dans le sérum humain par la sulphanilamido-chrysoïdine et par la sulphanilamide*** (*The Lancet*, n° 5977, 19 Mars 1938, p. 655-659). — Depuis l'apparition de ces composés azoïques, on discute pour savoir s'ils sont ou non bactéricides *in vitro* et *in vivo*. Mayer, devant les opinions contradictoires, pense que l'effet antistreptococcique de la sulphanilamide *in vivo* est probablement dû non pas à une action directe sur le microbe, mais à la production d'un dérivé qui a une très grande action bactéricide.

H. a repris ces expérimentations avec la sulphanilamide (Prontosil soluble) et avec la sulphanilamidochrysoïdine (Prontosil rouge). Un pouvoir bactéricide considérable a été trouvé dans le sang de 12 malades alors qu'un tel pouvoir n'a pas été rencontré chez les sujets non traités. Ce pouvoir bactéricide semble survenir plus rapidement après la prise de sulphanilamide (une heure après) qu'après la prise de sulphanilamido-chrysoïdine (24 heures après).

Le maximum du pouvoir bactéricide dans le sang normal est obtenu avec une concentration de sulphanilamide au 1/16.000; cependant, des concentrations à 1/64.000 donnent de bons résultats. Ces concentrations sont semblables à celles obtenues par la prise buccale de ces médicaments.

André Plichet.

Eric Gardner et **Keith Simpson.** ***La mort subite dans la maladie de von Gierke*** (*The Lancet*, n° 5977, 19 Mars 1938, p. 659-661). — La maladie de Gierke, qui se rencontre surtout chez les jeunes enfants, se caractérise par un infantilisme avec obésité, par une augmentation du volume du foie, du cœur et des reins due à une infiltration de glycogène et par des ictères à répétition. Depuis la description de ce syndrome en 1929, 40 cas ont été relatés.

G. et S., pour expliquer la mort subite de deux enfants, l'un âgé de 3 mois, l'autre de 11 ans, invoquent la maladie de Gierke à cause d'une augmentation du volume et du poids du cœur trouvée à l'autopsie. La recherche du glycogène fut positive chez l'enfant plus âgé. Il faut penser à ce syndrome dans les cas de mort subite inexpliquée chez l'enfant.

André Plichet.

A. Eldahl. ***Les injections intra-rachidiennes de sulphanilamide dans la méningite méningococcique*** (*The Lancet*, n° 5978, 26 Mars 1938, p. 712-715). — E. a traité 12 enfants de moins de 4 ans atteints de méningite cérébro-spinale par des injections intrarachidiennes et musculaires d'une solution à 0,8 pour 100 de sulphanilamide. La dose injectée était de 5 à 30 centicubes en quantité inférieure au liquide retiré. Les injections intramusculaires étaient de 35 à 150 centicubes en rapport avec le poids des malades. Le nombre des injections intrarachidiennes fut de 2 à 8. Dans cette série, la mortalité fut de 3, soit 25 pour 100, alors que dans les 6 dernières années, la mortalité fut, pour cet hôpital, de 70 pour 100 chez les enfants de moins de 4 ans.

Ce mode de traitement semble être efficace, mais il faut toujours l'associer à la prise de sulphanilamide soit par la bouche, soit en injections intramusculaires, en raison de la dissémination du méningocoque dans l'organisme.

André Plichet.

Henrik Dam et **Johannes Glavind.** ***La vitamine K en pathologie humaine*** (*The Lancet*, n° 5978, 26 Mars 1938, p. 720-721). — La vitamine K est une vitamine liposoluble qui protège certains oiseaux contre une maladie caractérisée par des hémorragies. Dans cette maladie, on a remarqué que le temps de coagulation était diminué ainsi que la résistance des capillaires.

Cette vitamine K est contenue surtout dans les légumes verts, alors que les pommes de terre, les carottes, les citrons et l'huile de foie de morue en sont dépourvus.

En privant les lapins de vitamines K, D. et G. sont arrivés à leur donner cette maladie et à les guérir par l'adjonction à leur régime de cette vitamine.

Chez l'homme, on sait que le manque de bile dans l'intestin, à la suite de calcul du cholédoque ou de fistule bilaire, donne lieu à des hémorragies intestinales. Vadsten, en 1936, a émis l'hypothèse que ces hémorragies étaient dues au manque d'absorption par la bile des vitamines liposolubles. D. et G., en cherchant le temps de coagulation après adjonction d'héparine, sont arrivés à estimer la quantité de vitamine K dans le sang de différents malades atteints de maladies hémorragipares. Puis, chez 3 malades atteints d'ictère néoplasique, ils sont arrivés à modifier le temps de coagulation par des injections intra-musculaires de vitamine K. Cette médication est peut-être appelée à remplacer l'hépatothérapie dans les affections hémorragipares.

André Plichet.

MINERVA MEDICA
(Turin)

G. Giordano et **D. Galigani** (Turin). ***Etudes sur l'hypertension expérimentale : modifications de la pression artérielle après injection de kaolin dans la citerne cérébello-médullaire*** (*Minerva medica*, an. 28, t. 2, n° 41, 14 Octobre 1937, p. 395-401). — Dixon et Heller ont montré que par l'injection d'une suspension de kaolin ou d'une autre substance colloïdale dans la citerne cérébello-médullaire, on provoquait l'hypertension artérielle chez le chien. De nombreux auteurs ont refait ces expériences et sont parvenus à des résultats assez variables. G. et G. ont repris la question en évitant certaines causes d'erreur, en suivant longtemps les animaux avant et après l'injection et en déterminant la pression par la méthode oscillométrique, ce qui leur a permis de suivre les variations de la minima non encore étudiées. Chez un premier chien, la pression systolique a présenté une augmentation rapide quelques jours après l'opération; chez deux autres, on a noté une augmentation lente et progressive de la maxima; chez un quatrième, l'hypertension systolique a été relativement tardive, assez modérée, et a fait place à une baisse qui a porté le chiffre de la maxima au-dessous de la valeur pré-opératoire; chez aucun de ces chiens, la pression minima n'a varié notablement. Chez deux autres chiens, l'injection a été faite après énervation des reins et dénudation des artères rénales; on a constaté l'élévation de la maxima, transitoire chez l'un, plus durable chez l'autre, élévation n'ayant commencé qu'après un mois et étant devenue plus nette vers le troisième et le quatrième mois; cette élévation tardive est peut-être due à la régénération des nerfs rénaux et G. et G. se proposent d'en faire ultérieurement la résection.

Lucien Rouquès.

A. Allodi et **F. Bua** (Turin). ***La cholestérine biliaire dans la cholélithiase et dans les hépato- et cholangiopathies*** (*Minerva medica*, an. 28, t. 2, n° 41, 14 Octobre 1937, p. 405-408). — A. et B. ont dosé la cholestérinocholie dans une série de cas d'affections du foie ou des voies biliaires; ils admettent comme Grigaut et Chiray que les biles A et C contiennent normalement 20 à 30 *mg.* de cholestérine pour 100 *g.* et la bile B 60 à 70 *mg.* Sur 23 cas de lithiase biliaire, sans phénomènes inflammatoires ou avec phénomènes inflammatoires faibles, sans ictère ou avec ictère léger, la cholestérinocholie était augmentée dans 79 pour 100 des observations. Sur 36 cas d'affections inflammatoires des grosses voies biliaires ou de la vésicule sans lithiase associée ou tout au moins sans présence actuelle de calcul, la cholestérinocholie était diminuée dans 83 pour 100 des observations. Sur 28 cas d'affections primitives du foie (hépatites syphilitiques, cirrhoses alcooliques ou paludéennes, etc.), l'hypercholestérinocholie a été notée dans 67 pour 100 des observations. Dans 4 cas où il y avait de l'hyperhémolyse (3 ictères hémolytiques, 1 anémie pernicieuse), la cholestérinocholie était diminuée.

Lucien Rouquès.

C. Rotta (Turin). ***Recherches sur la collapsothérapie pulmonaire extrapleurale avec la vaseline*** (*Minerva medica*, an. 28, t. 2, n° 41, 14 Octobre 1937, p. 408-420). — Par simple ponction et injection de gaz, il est facile de décoller la plèvre pariétale de la paroi thoracique, mais le collapsus pulmonaire peut difficilement être maintenu et dans la règle reste insuffisant. Aussi R. a-t-il pensé à remplacer l'air par l'huile d'olive également utilisée par Graf, mais l'huile d'olive se résorbe trop vite, donne des phénomènes d'intoxication générale et expose à l'embolie; R. préfère employer la vaseline, très peu résorbable, non modifiée par les ferments organiques et de moindre poids spé-


Seule Poudre d'Ovaire
desséchée par un procédé
nouveau qui, par sa rapidité
permet à l'organe de conserver
toutes ses propriétés.
HOLOVARINE
POUDRE
D'OVAIRE
INTÉGRAL
DOSE : 1 à 4
cachets ou
dragées par
jour avant
le repas.
Echantillons gratuits sur demande
LABORATOIRE DE THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE
48, Rue de la Procession - PARIS (15e). Tél. Ségur : 26-87

cifique que l'huile d'olive; il se sert d'un mélange pâteux d'huile de vaseline, d'huile de paraffine et de vaseline ayant un point de fusion de 38 à 39°. La quantité nécessaire pour obtenir le collapsus des lésions varie avec celles-ci; 250 cm^3 ont suffi pour faire disparaître tout signe d'activité au niveau d'un foyer apical tandis qu'avec 660 cm^3, une grosse caverne sous-apicale n'a présenté qu'un affaissement partiel; l'injection pour les lésions basses doit être faite dans la partie basse de l'hémithorax et à ce niveau, le mélange reste à la hauteur de la ponction; pour les lésions hautes, il suffit de faire l'injection vers le 6e-7e espace, le lieu de celle-ci marquant le niveau inférieur du mélange qui tend constamment à gagner la partie supérieure de l'hémithorax; une ponction plus haute serait plus difficile à réaliser; les injections successives doivent être faites de préférence au même endroit, là où le tissu pulmonaire est bien conservé; les injections doivent se succéder suivant un rythme assez rapide de façon à ce que la quantité voulue soit injectée en une quinzaine de jours; par injection, on peut suivant les sujets, injecter de 30 à 120 cm^3.

Lucien Rouquès.

G. Lenarduzzi et **G. Chiorazzo** (Padoue). ***Signification et importance de la constatation radiologique de varices œsophagiennes dans les splénomégalies*** (*Minerva medica*, an. **28**, t. **2**, n° 49, 9 Décembre 1937, p. 613-616). — Banales dans les splénomégalies avec cirrhose associée, les varices œsophagiennes s'observent également dans certaines splénomégalies où le foie ne paraît pas atteint; L. et C. en rapportent quatre observations dans lesquelles le diagnostic de varices œsophagiennes a été établi par l'examen radiologique montrant après absorption de bouillie opaque l'aspect caractéristique de zones de non-remplissage de forme ovalaire. Dans ces 4 cas comme dans ceux déjà publiés, il s'est toujours agi soit de thrombophlébite splénique type Eppinger-Frugoni, soit de syndrome bantien à caractère congestivoscléreux, deux types qui ont été rassemblés par Greppi en raison de leurs affinités sous le nom de splénomégalies chroniques primitives à caractère fibro-congestif. La constatation de varices œsophagiennes au cours d'une splénomégalie sans atteinte apparente du foie a donc une valeur importante pour le diagnostic étiologique.

Lucien Rouquès.

P. Blasucci. ***Valeur comparée de l'azotémie, de la constante d'Ambard, de l'épreuve de Van Slyke et du rapport phtaléinique dans la détermination de la fonction rénale*** (*Minerva medica*, an. **28**, t. **2**, n° 50, 16 Décembre 1937, p. 653-661). — B. a étudié les fonctions rénales chez 31 sujets présentant des lésions des reins des plus graves aux plus légères; pour chaque malade, il a pris en considération l'azotémie, la constante d'Ambard, l'épreuve de la dépuration uréique ou urea clearance de Van Slyke et l'épreuve de la phénolphtaléine (rapport phtaléinique en 30 minutes). Le taux de l'azotémie est le test le moins sensible de l'altération du rein; parmi les malades de B., 23 pour 100 seulement avaient une azotémie supérieure à 0 *g.* 50 et 45 pour 100 à 0 *g.* 40; les lésions légères et surtout celles du type tubulaire ne sont pas mises en évidence par le dosage de l'urée sanguine; la constante d'Ambard a été anormale dans 71 pour 100 des cas, l'épreuve de Van Slyke dans tous et le rapport phtaléinique dans tous sauf un. L'écart moyen entre le chiffre trouvé et la valeur physiologique a été 11 pour 100 pour l'azotémie (en prenant pour base 0 *g.* 40), 112 pour 100 pour la constante d'Ambard (en prenant pour base 0,07), 145 pour 100 pour l'épreuve de Van Slyke en prenant pour base 100) et 756 pour 100 pour le rapport phtaléinique (en prenant pour base 4).

Lucien Rouquès.

LA CLINICA MEDICA ITALIANA
(Milan)

R. del Zoppo (Naples). ***Action des dépressions barométriques sur la cholestérine du sang*** (*La Clinica medica italiana*, an. **68**, n° 10, Octobre 1937, p. 689-695). — L'existence d'une fonction lipopexique du poumon peut être considérée comme démontrée; par contre, celle d'une fonction lipodiérétique reste incertaine. Z. a soumis des lapins à une dépression barométrique correspondant environ à une altitude de 7.000 *m.*; la dépression était maintenue à trois reprises pendant un quart d'heure, les différentes manœuvres avec le temps nécessaire pour établir les dépressions durant au total une heure et demie; dans tous les cas (5 lapins), Z. a noté la baisse immédiate de la cholestérinémie, baisse atteignant en moyenne 14 *cg.* par litre et suivie au bout de 24 heures par une hypercholestérinémie transitoire. L'hypocholestérinémie pouvait *a priori* être attribuée à l'augmentation de la lipodiérèse pulmonaire, elle-même conséquence des modifications du rythme respiratoire au cours de la décompression; mais cette hypothèse est fausse, car la cholestérinémie est la même dans le sang veineux et dans le sang artériel, avant et après la décompression (recherches faites sur 6 lapins); la diminution de la cholestérine est sans doute à mettre sur le compte d'un stade transitoire d'hyperhépatisme par hypersympathicotonie.

Lucien Rouquès.

V. Longo (Catane). ***Action hypertensive de l'autohémothérapie*** (*La Clinica medica italiana*, an. **68**, n° 12, Décembre 1937, p. 825-866). — Colella et Pizzillo ont prétendu que l'autohémothérapie donnait dans l'hémorragie cérébrale des résultats miraculeux; en réalité, il n'en est rien mais l'autohémothérapie n'est cependant pas dépourvue d'action et comme elle est simple et inoffensive, elle mérite d'être employée. D'après ses observations personnelles et celles qui ont été publiées par d'autres (250 cas environ), L. estime que l'autohémothérapie est un bon traitement de l'hypertension artérielle; à la fin du traitement, la pression est diminuée dans 91 pour 100 des cas; l'abaissement se maintient pendant une période variable qui peut atteindre un an; l'effet passé, une nouvelle série d'injections se montre efficace comme la première.

Parmi les facteurs susceptibles de provoquer la baisse de la pression, L. retient : 1° le choc hémoclasique qui détermine une baisse aussitôt après la première injection; 2° l'effet hypotenseur de l'histamine ou de substances semblables qui sont libérées dans les foyers où le sang a été réinjecté; 3° des phénomènes immunitaires produits par l'introduction dans la circulation des protéines qui deviennent hétérogènes et de la substance « hypertensive » existant dans le sang des hypertendus, introduction qui déclanche la formation d'anticorps.

Lucien Rouquès.

G. Invernizzi (Bergame). ***Contribution à l'étude clinique, anatomique et thérapeutique des colites*** (*La Clinica medica italiana*, an. **69**, n° 1, Janvier 1938, p. 49-59). — On ne doit pas parler de colite proprement dite s'il n'y a pas dans les matières fécales du pus et du sang qui démontrent l'existence de l'inflammation et de l'ulcération de la muqueuse; sinon, on étiquètera colite tous les troubles diarrhéiques. Dans les colites muqueuses où il s'agit d'un dysfonctionnement, d'une dystonie plus que d'une lésion anatomique du côlon, le mucus, lorsqu'il ne contient ni pus, ni hématies, n'est pas l'expression d'un processus inflammatoire réel du côlon, mais indique l'exagération d'un mécanisme physiologique de protection contre les excitants qui touchent la muqueuse intestinale. Il est difficile de fixer anatomiquement et bactériologiquement les limites entre le normal et le pathologique au niveau du côlon : par exemple, l'infiltration interstitielle de leucocytes est un fait physiologique. Le suc gastrique s'oppose à la pénétration des germes dans l'intestin et la majeure partie des germes pathogènes y parviennent par d'autres voies que l'estomac. Une pathogénie anaphylactique peut s'appliquer à certaines manifestations intestinales, mais d'autres sont dues à l'élimination de substances toxiques; ce sont les causes générales et régionales qui ont en réalité le plus d'importance. Dans les colites ulcéreuses chroniques aspécifiques (colite ulcéreuse de Boas ou colite grave de Rosenheim), I. obtient de bons résultats par l'hépatothérapie (200 *g.* de foie cru par jour, les extraits étant moins efficaces) associée à l'injection d'histidine avec ou sans tryptophane; si les selles contiennent de nombreux flagellés, il donne pendant 5 ou 6 jours 1 ou 2 comprimés de 0 *g.* 25 de stovarsol et s'il y a de l'achylie gastrique, de l'acide chlorhydrique et de la pepsine; il n'emploie pas les astringents et encore moins les opiacés; il ne prescrit le bismuth par la bouche qu'au début; l'acide ascorbique par voie buccale ou souscutanée ne lui a pas paru efficace.

Lucien Rouquès.

R. Traverso (Pavie). ***Comportement du volume du sang circulant pendant la fièvre provoquée*** (*La Clinica medica italiana*, an. **69**, n° 1, Janvier 1938, p. 61-72). — Au cours de la fièvre provoquée par l'injection de produits soufrés, la masse du sang circulant augmente presque constamment et l'augmentation porte à la fois sur la partie globulaire et sur la partie plasmatique tout en prédominant tantôt sur l'une et tantôt sur l'autre; plus la température atteinte est élevée, plus la masse sanguine s'accroît généralement; mais, d'individu à individu, l'augmentation de la masse sanguine est variable pour un même degré de fièvre; à température égale, la masse du sang circulant est plus importante pendant la phase d'ascension thermique que pendant celle de défervescence; cette différence est sans doute à mettre sur le compte de l'équilibre vago-sympathique qui n'est pas le même aux deux phases; pendant la défervescence, le sang a plus tendance à stagner qu'à se mobiliser; d'ailleurs la pression veineuse est également plus basse à ce moment.

Lucien Rouquès.

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DELL' APPARATO MOTORE
(Rome)

Filippo d'Asaro. ***Influence des courants électriques sur la formation du cal*** (*Ortopedia e traumatologia*, vol. **10**, fasc. 1, Janvier-Février 1938, p. 1-14). — Ce travail expérimental pratiqué sur le chien vient confirmer les recherches de Menegaux et de Masmonteil sur le rôle nocif de certains métaux au point de vue de l'ostéosynthèse.

A. a eu recours, dans ses expériences, au courant galvanique. Après avoir produit chez l'animal en expérience une fracture diaphysaire, il encerclait chaque fragment au voisinage du trait de fracture par un fil métallique. Différents métaux furent essayés. Certains animaux servaient de témoins tandis que d'autres recevaient des applications de courant continu.

Des examens radiologiques et anatomo-pathologiques permirent des constatations précises.

C'est ainsi que A. aboutit aux conclusions suivantes: l'application de fils de cuivre, de laiton, de zinc, au voisinage d'un foyer de fracture d'un os de petite section, entrave la formation du cal parce que ces métaux, ayant une tension électrique supérieure à celle du tissu osseux, déterminent un courant de polarisation qui va du métal

à l'os. Le courant fait durer l'ostéolyse qui, normalement, n'est qu'un phénomène initial et de courte durée si bien qu'il ne peut y avoir de dépôt de calcium et que la consolidation ne se fait pas. Le passage du courant galvanique aggrave cet état.

Les métaux favorables pour l'ostéosynthèse sont ceux dont la tension électro-motrice est inférieure à celle de l'os: or, platine, nickel.

ALAIN MOUCHET.

HELVETICA MEDICA ACTA
(Bâle)

Fritz Rothschild. ***Pharmacologie des lipoïdes : lécithine, céphaline, cholestérine*** (*Helvetica Medica Acta*, t. **5**, n° 3, Juin 1938, p. 329-346). — Certains auteurs identifient l'action de la lécithine à celle du vague: ce lipoïde aurait un effet analogue à celui de la choline et à celui du potassium. Inversement, la cholestérine est souvent considérée comme douée d'une action sympathicotropé capable de renforcer et de prolonger les effets de l'adrénaline. Mais ces résultats sont contestés. Il est possible, en particulier, que la lécithine agisse par des produits de scission apparus sous l'influence de ferments digestifs ou autres.

Les recherches poursuivies par R. sur le cœur isolé de grenouille et sur l'intestin de lapin ont permis de constater que la lécithine serait douée plutôt de propriétés inhibitrices du vague, c'est-à-dire, en somme, serait sympathicotrope. Il en serait de même avec la céphaline, mais à un moindre degré. Ces deux substances augmentent le rendement du cœur de grenouille et se montrent réellement douées d'un pouvoir détoxicant à l'égard d'une série de poisons. Quant à la cholestérine, ses effets seraient moins caractérisés.

Beaucoup de produits nutritifs mis dans le commerce contiennent, outre des vitamines, des lipoïdes et surtout de la lécithine. Les recherches qui ont été poursuivies avec les préparations de ce genre confirment l'opinion de Rubner d'après qui les lipoïdes épargneraient les protéines et augmenteraient le rendement physique. Au point de vue thérapeutique d'ailleurs le pouvoir détoxicant de la lécithine ne peut être négligé. Il n'est pas impossible non plus que la lécithine et la cholestérine permettent de réaliser des dépôts de médicaments ou, en tout cas, d'en rendre l'action moins brutale et d'en prolonger les effets comme c'est le cas avec l'insuline.

P.-E. MORHARDT.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA
(Stockholm)

U. Uotila (Helsingfors). ***La fonction antianémique de l'intestin grêle*** (*Acta medica Scandinavica*, t. **95**, n° 2-4, 29 Avril 1938, p. 415-433). — U. relate 10 cas d'anémie pernicieuse dans lesquels des préparations d'intestin grêle se montrèrent nettement efficaces contre l'anémie; 3 cas furent traités avec du duodénum, 3 avec du jéjunum et 4 avec de l'iléon (poudre d'intestin haché et desséché).

La substance antianémique se rencontre dans tout l'intestin grêle. L'activité antianémique décroît dans l'ordre suivant : iléon, duodénum, jéjunum. D'après nos connaissances actuelles l'activité antianémique peut être classifiée ainsi, dans l'ordre décroissant : pylore, iléon, duodénum, jéjunum, cardia, côlon et enfin fundus. L'intestin semble contenir plus de substance antianémique que l'estomac. Il joue donc probablement un rôle actif dans l'élaboration du principe antianémique.

P.-L. MARIE.

A. L. Tchijewski (Moscou). ***L'aéro-ionisation, facteur physiologique, prophylactique et thérapeutique, et nouvel élément hygiénique de l'air conditionné*** (*Acta medica Scandinavica*, suppl. **87**, 1938, 100 pages). — Dès 1919 T. a démontré l'action physiologique des ions atmosphériques tant positifs que négatifs. Les résultats obtenus depuis permettent de considérer l'aéro-ionisation comme une méthode thérapeutique des plus actives.

L'ionisation artificielle de l'air est réalisée au moyen de l'écoulement d'un courant de haute tension (60 k.-w. 0,1 à 0,5 mA) par des pointes métalliques (300 par mètre carré de réseau), le malade étant placé à 0 *m.* 50 ou 1 *m.* du réseau suspendu au plafond sur des isolateurs. L'air peut être chargé d'électricité positive ou négative à volonté.

T. a appliqué l'aéro-ionisation négative à des maladies très diverses : tuberculose, maladies infectieuses, avitaminoses, troubles végétatifs et endocriniens, asthme, névrose, hypertension, etc., avec des succès atteignant 75 pour 100 des cas.

L'étude du mécanisme de l'effet produit montre que les ions atmosphériques agissent sur les fonctions électriques du sang et des colloïdes des tissus. Les expériences confirment la théorie du transport des charges électriques par le sang et de l'échange électrique humoral et tissulaire.

Des expériences ont établi que l'ionisation naturelle de l'air dans les locaux habités change brusquement en fonction des facteurs météorologiques des saisons, des méthodes de ventilation et de chauffage, ainsi que du nombre de personnes logées dans l'appartement donné. Ces recherches ont montré la nécessité d'appliquer l'ionisation naturelle aux appareils ventilateurs et à l'air conditionné; elles ont établi la possibilité d'adjoindre les génératrices utilisées pour l'aéro-ionisation aux appareils employés pour le conditionnement de l'air. T. a pu établir les rapports existant entre l'humidité de l'air et son ionisation artificielle et il lui a été possible de saturer d'ions positifs ou négatifs l'air des locaux habités, dans les limites de la zone de confort.

Grâce à l'aéro-ionisation de l'air conditionné, il est possible à toute saison de maintenir l'air des appartements, des salles publiques, etc., au degré d'ionisation le plus propice pour la santé. On peut dans des salles spéciales d'hôpitaux maintenir sans cesse ou réaliser périodiquement un degré d'ionisation de l'air favorable à certains malades. En ajoutant à l'air conditionné de petites doses de certains gaz, chlore par exemple pendant les épidémies de grippe, ou des solutions médicamenteuses finement pulvérisées, et en ionisant ensuite ce mélange, on peut saturer des salles spéciales d'aérosols pharmacologiques à hautes charges électriques doués d'action puissante. Les ions de l'air enfin, qui se précipitent sur les poussières voltigeant dans les locaux, les chargent unipolairement et les font descendre vers le plancher jouant le rôle de pôle opposé, ce qui réalise une pureté relative de l'air.

Toutes ces notions sur l'action physiologique de l'aéro-ionisation naturelle et artificielle assignent au problème de l'application pratique de l'aéro-ionisation une place éminente dans le domaine de la médecine et de la technique de la construction et de l'hygiène des locaux.

P.-L. MARIE.

NORDISK MEDISINSK TIDSSKRIFT
(Stockholm)

Ehrensværd, G. et **T. Frey.** ***Sur l'électro-encéphalographie*** (*Nordisk Medisinsk Tidsskrift*, n° 23, 4 Juin 1938, p. 881-888). — E. et F. passent en revue les publications les plus importantes sur ce sujet après le premier article de Berger (1929). Ils ont fait des investigations sur des sujets normaux et aliénés, et ont obtenu un encéphalogramme typique avec une électrode placée contre la paroi postérieure du pharynx et l'autre sur la gencive. La lumière eut le même effet extincteur sur l'électroencéphalogramme ainsi dérivé que sur celui dérivé sur la région occipitale.

On n'a pas réussi à modifier l'électroencéphalogramme en illuminant des parties homonymes des rétines et en dérivant 2 électrocencéphalogrammes simultanément des 2 lobes occipitaux.

Des aliénés divers avaient des encéphalogrammes normaux. Des épileptiques montraient des ondulations delta pendant les attaques dans les encéphalogrammes frontaux; plusieurs d'entre eux avaient aussi une ondulation bêta très marquée, peut-être à cause d'une médication barbiturique. Chez des malades en coma hypoglycémique par insuline on a trouvé plusieurs sortes d'ondulations mais surtout des delta, ce que l'on peut possiblement mettre en relation avec l'état préconvulsif de ces malades.

J.-H. VOGT.

CASOPIS LEKARU CESKYCH
(Prague)

Nedved. ***Le système nerveux végétatif des diabétiques*** (*Casopis lekaru Ceskych*, an. **77**, n° 17, 29 Avril 1938, p. 542-547). — Après avoir étudié l'influence des injections intraveineuses d'ergotamine (0 *mg.* 75) et d'atropine (1,5 à 2 *mg.*) sur la glycémie des sujets normaux et la glycémie des diabétiques, N. arrive aux précisions et aux conclusions suivantes: chez le sujet normal, les premières entraînent, dans la règle, une baisse légère, les secondes une élévation notable. Chez les diabétiques au contraire (23 observations), il constate: avec l'ergotamine baisse considérable du taux du sucre sanguin (75 pour 100) ou parfois élévation (25 pour 100 de réactions inversées); avec l'atropine chute inattendue de ce taux dans 75 pour 100 des cas, avec seulement 25 pour 100 de réactions normales

Les centres glycorégulateurs, sympathique et parasympathique jouent un rôle plus important chez les diabétiques que chez les sujets normaux dans le métabolisme du sucre et l'équilibre de la glycémie. Chez la plupart des malades, la régulation glycolytique du sympathique est augmentée, modifiée et diminuée pour une minorité, tandis que dans une proportion superposable les réactions du parasympathique sont inversées ou inchangées. Bien que le petit nombre de ces épreuves ne permette pas de tenter une classification nouvelle des diabétiques, il est permis de se demander si les tests pharmaco-dynamiques particuliers au système nerveux végétatif n'apporteront pas ultérieurement des lumières nouvelles dans ce domaine.

REVUE DES JOURNAUX

PARIS MÉDICAL

H. Roger. ***La fonction antitoxique du foie*** (*Paris Médical*, t. 28, n° 21, 21 Mai 1938, p. 430-433). — Le foie fait subir des modifications chimiques à la plupart des substances charriées par la veine porte provenant de l'alimentation. Le foie transforme les albumines hétérogènes incapables de servir à la nutrition et douées de propriétés toxiques en albumines utilisables. Il change l'ammoniaque en urée 40 fois moins toxique à même poids d'azote. Il arrête les savons toxiques amenés par la veine porte et les unissant à du glycérol, reconstitue des graisses neutres qu'il met en réserve.

Le glucose d'origine hépatique n'est pas le même que celui provenant de la digestion, seul il est utilisable par les cellules. C'est un glucofuranose qui s'unit dans le foie à un grand nombre de substances toxiques et favorise leur élimination par le rein. Un grand nombre de substances toxiques sont capables de s'unir au glucose pour donner des glycuronates peu toxiques et facilement éliminés par le rein.

Sato et ses collaborateurs admettent que la fonction antitoxique du foie est liée à une hormone, le « yakriton », elle n'a pas encore été obtenue à l'état de pureté et sa constitution chimique est inconnue, mais injectée en même temps qu'une solution de chlorure d'ammonium dans le péritoine des lapins, elle empêche les convulsions et la mort que produit cette substance chez les témoins. L'action antitoxique du yakriton s'étend à un grand nombre de substances, parmi lesquelles le phosphore, le phénol, le chloroforme, le carbonate d'ammonium, l'urée, le toluylène-diamine, l'alcool méthylique, les venins de scorpion et du cobra, certaines toxines microbiennes.

Les diverses manifestations de l'insuffisance hépatique peuvent être rattachées à une auto-intoxication liée elle-même à la fonction glycogénique qui domine toute la physiologie du foie.

Robert Clément.

LE PROGRÈS MÉDICAL (Paris)

Cachera. ***Les néoplasies primitives de la moelle osseuse*** (*Progrès Médical*, n° 19, 7 Mai 1938, p. 674). — C. rassemble et coordonne les notions cliniques récemment acquises sur les néoplasies osseuses de la moelle osseuse. Il distingue les tumeurs développées aux dépens des éléments cellulaires de la lignée hématopoïétique (les myélomes) et les tumeurs prenant naissance dans le tissu réticulo-endothélial de la moelle des os (les réticulo-sarcomes) [Oberling] ou les sarcomes d'Ewing.

1° Parmi les myélomes, il faut distinguer deux grands groupes: les myélomes multiples et les tumeurs myélomateuses.

a) *Les myélomes multiples, la maladie de Kahler*, est « caractérisée par le développement apparemment simultané de foyers néoplasiques extraordinairement nombreux dans la moelle osseuse, sans qu'aucun de ces foyers puisse être considéré comme primitif ». Elle atteint des sujets *ayant dépassé la cinquantaine*. Les tumeurs gardent habituellement un volume très réduit. Souvent, il n'y a aucun signe de tumeur apparente, donc pas de signes physiques. Le tableau clinique est surtout imprécis: douleurs, amaigrissement, anémie variable, fièvre inconstante. Les fractures spontanées sont plus significatives. L'albumosurie de Bence-Jones est connue. Il y a parfois hyperprotidémie, hypercalcémie; il y a souvent absence à peu près complète de toute altération hématologique.

Le diagnostic ne peut guère être fait que grâce à l'examen radiographique du squelette et la biopsie osseuse ou la ponction du sternum. On trouve les lésions surtout au niveau *des os plats*. Il y a une véritable profusion de géodes à limites très tranchées, à l'emporte-pièce, sans déformation osseuse, d'où l'aspect en taches de léopard. Entre les géodes, possibilité d'une décalcification plus ou moins importante.

La ponction du sternum ou la biopsie permet d'avoir un diagnostic histologique précis. La forme la plus répandue du myélome est le plasmocytome.

L'évolution de la maladie de Kahler est *mortelle* en 8 à 12 mois, *sans métastases viscérales*. L'action des rayons est nulle ou incomplète.

b) A côté des myélomes multiples, on observe un assez grand nombre d'exemples *de tumeurs myélomateuses*. Le nombre des localisations tumorales est alors restreint avec une tumeur primitive et quelques métastases, ou quelques tumeurs contemporaines. La déformation osseuse est toujours évidente avec les troubles locaux qu'elle comporte. Evolution plus lente que les myélomes multiples. Radiothérapie efficace.

2° Le réticulo-sarcome (sarcome d'Ewing) s'oppose point par point aux myélomes multiples. Il apparaît chez des *sujets jeunes, sur les os longs*, donne *au début une tumeur unique puis des métastases*. La période de début est celle des erreurs de diagnostic. Elle se traduit par une tuméfaction osseuse à allure inflammatoire, avec des lésions radiographiques discrètes, se bornant souvent à un aspect de périostite simple, en « pelure d'oignon ». La radiothérapie précoce donne des résultats brillants, mais il faut craindre les récidives sur place et l'apparition de métastases. Même très amélioré par la radiothérapie, le réticulo-sarcome de la moelle osseuse se généralise le plus souvent. Aux métastases osseuses *se surajoutent parfois des localisations ganglionnaires et des métastases viscérales*. Le diagnostic de cette affection est très difficile sans la ponction sternale ou la biopsie osseuse qui permettra de retrouver les formules histologiques si bien décrites par Oberling.

C. Ruppe.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES (Paris)

Bargues, Corcelle et Berthon. ***Etude systématique de la circulation rétinienne chez un groupe de déments séniles ou pré-séniles*** (*Annales Médico-psychologiques*, an. 96, t. 1, n° 4, Avril 1938, p. 433-450). — L'étude expérimentale des capillaires cortico-méningés et rétiniens avait mis en évidence l'identité des réactions pharmacodynamiques de ces deux ordres de vaisseaux, réactions différentes de celles des capillaires périphériques.

L'étude clinique neurologique n'avait d'ailleurs pas toujours confirmé cette identité.

Aussi B., C. et B. ont-ils entrepris l'examen ophtalmoscopique systématique des psychopathes âgés. Ils ont étudié 26 sujets, dont ils rapportent les observations.

Sur 13 *déments séniles*, 9 ne présentent aucune lésion artérielle rétinienne, et les 4 autres ne montrent que des lésions en rapport avec leur état vasculaire général ou leur âge avancé.

Chez tous les *déments artériopathiques*, en revanche, on met en évidence des lésions athéromateuses, parfois des lésions d'hypertension.

Enfin, les *déments vésaniques* ne présentent guère que des lésions hypertensives, en rapport avec l'intensité de l'hypertension du système artériel général.

G. d'Heucqueville.

JOURNAL DE CHIRURGIE (Paris)

P.-A. Huet. ***Tumeurs des gaines vasculaires en particulier celles des vaisseaux poplités*** (*Journal de Chirurgie*, t. 51, n° 5, Mai 1938, p. 641-650). — Ces tumeurs, d'observation précise et complète, sont rares. H. en donne 3 observations.

Observation I. — Lipome de la gaine des vaisseaux fémoraux à la partie supéro-interne de la cuisse, chez une femme de 55 ans. L'ablation nécessite la dénudation des vaisseaux après incision d'un plan aponévrotique prévasculaire et prétumoral. Pas d'évolution post-opératoire indiquée. Lipome pur.

Observation II. — Fibro-sarcome de la gaine des vaisseaux poplités. Opération le 30 Août 1929, la malade ayant 38 ans. La tumeur est facilement énucléable sauf au niveau d'une sorte de bride qui l'unit à la face postérieure de la veine et qui peut en être détachée sans blessure vasculaire.

Récidive en 1933. Radiothérapie amenant une réduction de volume, puis nouveau développement amenant la reconstitution d'une tumeur bilobée pour laquelle, en 1937, H. conseille la reprise des irradiations.

Observation III. — Fibrosarcome de la gaine des vaisseaux poplités en évolution depuis 10 ans, en Août 1937. Enucléation facile sauf en un point de la face externe qui adhère aux vaisseaux poplités surtout à la veine, mais qui peut en être séparé. Pas de suites indiquées

H. cite encore une observation (Prof. Hartmann) de récidive d'un lipo-sarcome qui ne put être complètement extirpé et qui entraîna quelques jours après, en raison de l'examen histologique, l'amputation de cuisse. La tumeur d'aspect myxomateux entourait l'extrémité supérieure du péroné et s'enfonçait vers le creux poplité à travers l'espace interosseux. Le point de départ de la tumeur n'a pu être précisé.

Ces tumeurs sont purement conjonctives et ne peuvent être qualifiées de tumeurs mixtes. Les observations de H. comme celles antérieures de Cadenat, de Fruchaud ont le mérite de bien établir leur implantation sur le paquet vasculaire et plus particulièrement sur la veine. Elles sont à distinguer des conjonctivomes des membres, des tumeurs développées aux dépens de la capsule articulaire et des tumeurs musculaires.

Elles sont souvent malignes, mais leur malignité, histologiquement établie, n'est guère marquée cliniquement que par repullulation sur place, sans envahissement, sans ganglions. L'évolution reste lente et indique une thérapeutique chirurgicale économique dont les opérations successives se répartissent chez quelques malades au cours de périodes de 20, 30 ans et même 37 ans.

P. Grisel.


CONSTIPATION
AUCUNE ACCOUTUMANCE
à base de :
— POUDRE DE MUQUEUSE INTESTINALE
— EXTRAIT BILIAIRE
— FERMENTS LACTIQUES
— AGAR-AGAR
ACTION RÉGULIÈRE ET CONSTANTE
de 1 à 6 comprimés par jour aux repas ou au coucher. Commencer par deux comprimés par jour.
TAXOL
LABORATOIRES LOBICA
~~46, AVENUE DES TERNES - PARIS~~
25, RUE JASMIN - PARIS (16e)
LABORATOIRES LOBICA
~~46, AVENUE DES TERNES — PARIS~~
25, RUE JASMIN - PARIS-16e
INSUFFISANCES CARDIAQUES • CARDIOPATHIES VALVULAIRES • ARYTHMIES
Extrait de Strophantus. 0 gr. 001
Sulfate de Sparteine .. 0 gr. 02
Extrait de Muguet .... 0 gr. 05
Excip. q. s. Pr 1 compr. 0 gr. 35
CARDITONE
TONI-CARDIAQUE PUR

J. Rossier. ***Trois cas de pneumocéphale post-traumatique*** (*Journal de Chirurgie*, t. 51, n° 5, Mai 1938, p. 682). — Un rappel du mécanisme de pénétration de l'air, qui peut se faire dans les parties molles péricraniennes comme dans la cavité cranienne, un dénombrement des cas publiés, dont le total, ceux du mémoire compris, doit être de 115, sont suivis de 3 observations du service du Prof. Decker, de Lausanne.

I. Garçon de 18 ans; après un accident d'automobile 10 jours de coma, amnésie de six semaines débutant quelques instants avant l'accident. Entrée au 50e jour. Une radiographie prise antérieurement au 32e jour montre un pneumocéphale, de siège paraissant intra-cérébral, et des lésions corticales plus ou moins disséminées; une nouvelle radio, prise à l'entrée, montre un trait de fracture vertical orbitaire droit, mais il n'existe plus de collection gazeuse intracranienne.

Un encéphalogramme, par voie lombaire, au 70e jour, indique l'existence d'une dilatation marquée des ventricules et des citernes de la base.

Evolution lente laissant encore un déficit mental prononcé un an et demi après l'accident.

II. Homme, 31 ans. Accident d'automobile. Contusion cérébrale, fracture du maxillaire inférieur. Pas de perte de connaissance. Radiographies immédiates montrent un trait de fracture curviligne intéressant le sinus frontal gauche et, sous la voûte, une calotte gazeuse sous-durale et sous-arachnoïdienne formée de deux moitiés séparées sur la ligne médiane par le sinus longitudinal. En 4 jours l'image aérienne décroît de plus de moitié.

Guérison.

III. Homme, 23 ans. Renversé par un camion. Pas de perte de connaissance. Fractures multiples. Trait de fracture du plancher du sinus frontal droit et tache aérienne derrière la paroi postérieure du sinus, indiquant un pneumocéphale traumatique sous-dural et sous-arachnoïdien. Dès le lendemain il y a diminution de la masse gazeuse et une mince couche aérienne au devant de l'os frontal. Guérison avec séquelles oculaires en raison d'une lésion du nerf optique droit.

R. fait remarquer que ses observations, trop peu nombreuses pour que les renseignements que l'on en peut déduire puissent être généralisés, ont trois points communs à signaler:

Absence de tout signe physique ou neurologique permettant le diagnostic au moment de l'admission ; en particulier pas de rhinorrhée pourtant indiquée comme pathognomonique (Dandy) et qui peut exister sans que les radiographies établissent la présence d'air intra-cranien (Rossier).

Guérison spontanée des 3 malades, alors qu'une statistique de 1935 (Plunkett et Lendrum) indique, sur 101 cas, 65 guérisons, 28 morts et 8 résultats inconnus.

Gravité variable immédiate: grande dans le premier cas, faible chez les deux autres. La forme grave du pneumocéphale est en rapport avec le développement intracérébral de la masse gazeuse, où l'accumulation du gaz et les signes d'hypertension qu'elle provoque ne se produisent qu'après un intervalle libre. Les formes de gravité moindre répondent à la situation sous-durale, sous-arachnoïdienne ou intra-ventriculaire de la masse gazeuse; la localisation sous-durale pouvant être regardée comme le premier stade d'une évolution qui a pour terme la localisation intracérébrale.

R. étudie les signes radiologiques permettant le diagnostic de cette localisation qui reste difficile et sujet à l'erreur même au cours de l'intervention.

Au point de vue thérapeutique, l'ouverture large du sinus ne suffit pas et la brèche duremérienne doit être obturée suivant les indications de Cushing qui utilise le transplant de fascia lata. Sérothérapie contre l'infection méningée. Décubitus dorsal strict, prolongé 2 à 3 semaines en cas de rhinorrhée.

P. Grisel.

REVUE DE CHIRURGIE
(Paris)

Fabricant (Charkow). ***Clinique et pathogénèse de l'angine de Ludwig. Centenaire de sa description*** (*Revue de Chirurgie*, An. 57, n° 4, Avril 1938, p. 252-270). — Après avoir indiqué les différentes appellations données à cette affection, F. énumère les opinions discordantes émises sur celle-ci et les confusions qui en résultent. Il reprend la vieille description de Ludwig. Il donne son opinion personnelle étayée sur les cas qu'il a observés et traités. Nous retiendrons plus spécialement ses conclusions suivantes :

a) On confond souvent avec l'angine de Ludwig des phlegmons graves sous-maxillaires, sous-mentonniers, sous-linguaux et rétro-maxillaires, les lympho- et périadénites et les siaioadénites, mais quelle que soit la gravité de l'évolution des processus mentionnés, ces processus, sans exception, donnent assez vite un foyer purulent, ce qui est absent en cas d'angine de Ludwig.

b) La différence entre ces processus et l'angine de Ludwig est visible dans le type d'altération des tissus que l'on observe pendant l'opération. En cas d'angine de Ludwig, l'infiltration gris sale du tissu celluleux et des muscles se montre très tôt. On en obtient une quantité médiocre d'un liquide de décomposition putride avec une odeur gangreneuse fortement prononcée, quelquefois donnant également des gaz. Si, au cours des autres processus, nous avons aussi une odeur gangreneuse et même une infiltration gris sale, nous aboutissons au pus et non à une décomposition putride.

c) C'est seulement un diagnostic précoce, entraînant une opération immédiate, qui est capable de sauver le malade.

d) L'incision la meilleure doit être faite transversalement au niveau de l'infiltration, sans économiser l'espace; même, s'il est nécessaire, elle doit être continuée sur toute la circonférence de la mandibule, épargnant, si possible, l'artère et la veine faciales.

e) Les muscles infiltrés doivent être coupés transversalement et l'espace sous-lingual doit être ouvert en profondeur. Puis il faut tenir la blessure largement béante. Il est mieux de la panser deux fois par jour, en nettoyant consciencieusement les parties nécrosées et en couvrant la cavité de peroxyde d'hydrogène. Il faut croire que la force de son activité n'est pas dans ses qualités bactéricides, mais, autant que l'on puisse en juger, dans le dégagement de l'oxygène, qui donne un milieu peu favorable au développement des anaérobies.

C. Ruppe.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Berlin)

Franz Sorensen. ***Tumeurs primitives malignes de la plèvre*** (*Klinische Wochenschrift*, t. 17, n° 16, 16 Avril 1938, p. 571-574). — Les endothéliomes primitifs de la plèvre suscitent au point de vue diagnostique clinique des difficultés extrêmes. La pleurésie, la dyspnée, la perte des forces, amènent en effet à faire le diagnostic de pleurésie tuberculeuse ou simple. Les rayons Röntgen, ni la ponction de la plèvre ne donnent des résultats caractéristiques et la mort survient en général au bout d'une année sans qu'on ait déterminé la maladie en cause. Cette néoformation dont l'origine est discutée a reçu divers noms et notamment ceux de carcinome et de sarcome endothélial, d'endothéliome, etc.

S. est arrivé à réunir 4 cas de ce genre qui ont été observés sur un total de 5.680 autopsies.

Dans un de ces cas, il s'agissait d'un homme de 34 ans qui, 14 ans auparavant, a fait une pleurésie et chez lequel on diagnostiqua une lymphogranulomatose. Il présentait, en effet, une lassitude croissante, une paralysie du récurrent, de la dyspnée, une tuméfaction des ganglions cervicaux et une augmentation de l'ombre médiane du thorax avec déplacement de la trachée vers la droite. Un traitement par les rayons Röntgen ne donna guère de résultats et la mort survint. On constata l'existence d'une tumeur de la plèvre pariétale et pulmonaire gauche qui, à l'examen microscopique, présentait des groupes et des cordons de cellules très polymorphes avec nombreuses figures de mitose. Les ganglions lymphatiques intéressés avaient une structure analogue. L'épicarde est également le siège de lésions du même genre.

S. donne trois autres observations dans lesquelles on fit une fois le diagnostic de tumeur maligne du thorax et les deux autres fois de pleurésie exsudative ou tuberculeuse. Dans ces 3 cas cependant l'examen des tumeurs montra qu'il s'agissait d'endothéliome de la plèvre avec métastase. Dans ces 3 cas les symptômes pulmonaires avaient prédominé.

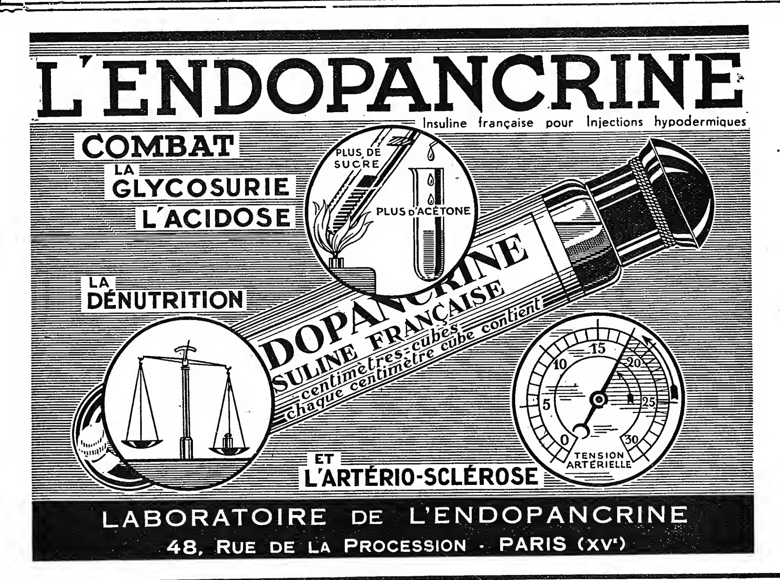
P.-E. Morhardt.

Wolfgang Foerster. ***Les Pasteurella comme agent pathogène chez l'homme*** (*Klinische Wochenschrift*, t. 17, n° 17, 23 Avril 1938, p. 599-603). — Les Pasteurella, qui sont connues depuis longtemps comme l'agent de septicémies hémorragiques observées chez les animaux, semblent avoir été rarement l'occasion chez l'homme de syndromes pathologiques. Souvent même, la description des Pasteurella prétendument retrouvées au cours de maladies infectieuses humaines n'est pas suffisamment caractéristique, si bien qu'on pourrait mettre en doute la possibilité pour ces bactéries de se montrer réellement pathogènes pour l'homme. Il semble cependant qu'une souche isolée de l'exsudat pleural d'un malade et cultivée à l'Institut Robert Koch, le *Bacillus bipolaris septicus*, bacille immobile, gram-négatif, bi-polaire, dépourvu de cils et entouré d'une capsule muqueuse, soit capable de devenir infectieux. Ce bacille, qui s'est montré doué des propriétés culturales typiques pour les Pasteurella, possède également des propriétés sérologiques remarquables. Le sérum du malade chez qui cette souche avait été recueillie présentait, pour cette souche, un pouvoir d'agglutination de 1/1600. L'agglutination se produisait entre deux et six heures après le mélange de l'antigène et du sérum. L'agglutination a été recherchée, non seulement avec cette souche, mais encore avec deux autres souches de *Bovisepticus* qui donnaient également une réponse positive pour une dilution de 1/1600. A l'égard des autres souches de Pasteurella, l'agglutination ne se faisait plus que pour des dilutions de 1/100 ou de 1/50.

Le sérum d'un lapin immunisé avec la souche humaine s'est montré également capable, au bout de 4 semaines, d'agglutiner à 1/1600; par contre, ce sérum n'a agglutiné aucune des autres souches de Pasteurella qu'il a été possible à F. de se procurer.

Cet agent s'est, de plus, montré très pathogène pour les souris blanches, les cobayes et les lapins. Il provoquait chez les lapins l'apparition d'un exsudat pleural hémorragique avec hyperémie des deux poumons et hémorragie punctiforme de la plèvre.

Le malade chez qui cette souche de Pasteurella a été recueillie était un cultivateur âgé de 43 ans. Il a commencé à présenter de la fatigue, de la toux, de la dyspnée et des sueurs nocturnes en 1927; on trouva, à l'examen, au sommet gauche, de la matité et des râles à petites bulles, dans l'expectoration il n'y avait pas de bacilles et on conseilla alors au malade un séjour dans un sanatorium. Il finit par suivre ce conseil et fut soigné ainsi presque 4 ans sans qu'on trouvât jamais de bacille de la tuberculose dans l'expectoration. D'autres bactéries ne furent d'ailleurs pas recherchées. Au début de la maladie, il ne survint jamais



L'ENDOPANCRINE
Insuline française pour Injections hypodermiques
COMBAT
LA
GLYCOSURIE
L'ACIDOSE
PLUS DE SUCRE
PLUS D'ACÉTONE
LA
DÉNUTRITION
DOPANCRINE
SULINE FRANÇAISE
centimètres-cubes
chaque centimètre cube contient
15
10
20
5
25
0
30
TENSION ARTÉRIELLE
ET
L'ARTÉRIO-SCLÉROSE
LABORATOIRE DE L'ENDOPANCRINE
48, RUE DE LA PROCESSION - PARIS (XVe)

de fièvre. Au printemps de 1937, les premières hémoptysies se produisirent, en même temps que l'état s'aggrava. En Octobre 1937, on constata l'existence d'un exsudat et on recueillit 400 cm^3 de liquide dans lequel on devait retrouver le bacille étudié.

A l'autopsie, on trouva des adhérences pleurales ayant sous le couteau la consistance du cartilage. Le poumon gauche était induré et parfois prenait l'apparence du caoutchouc. L'examen histologique permit d'exclure la syphilis, la tuberculose et un néoplasme. Il s'agissait simplement d'une inflammation chronique avec infiltration cellulaire abondante. L'examen bactériologique des pièces d'autopsie permit de mettre à l'évidence l'agent qui avait été trouvé dans l'exsudat. Cependant, les bactéries phagocytées avaient la forme de coccus et jamais celle de bacilles bi-polaires.

Plus récemment, il a été trouvé un deuxième cas de pneumonie à Pasteurella; il s'agissait d'un homme de 76 ans présentant de la toux et de l'expectoration depuis quelque temps. On mit en évidence le rôle des Pasteurella dans cette affection; mais le sérum du malade n'agglutinait pas la première souche isolée ni les autres souches connues de Pasteurella. A l'autopsie de ce malade on constata également une pleuropneumonie sans bacille de la tuberculose, ni néoformation.

P.-E. Monhardt.

Werner Kollath. ***Alimentation unilatérale en vitamines et vieillissement précoce*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **17**, n° 18, 30 Avril 1938, p. 617-620). — K. a eu l'occasion de montrer qu'au point de vue de la pathogénie des maladies par carence, l'absence d'une vitamine est une condition non spécifique permettant aux substances présentes d'agir exagérément et de provoquer par suite des symptômes déterminés. Parmi ces maladies, on doit distinguer celles dans lesquelles les tissus usés ne peuvent plus se régénérer faute du facteur de croissance ou de division cellulaire (scorbut, béribéri, pellagre, œdème de la faim et peut-être aussi spruc) et celles dans lesquelles ce principe de croissance ou de division cellulaire étant présent, il apparaît des phénomènes paraplastiques et productifs (kératomalacie, rachitisme, maladie de Mœller-Barlow).

Les phénomènes sont d'ailleurs si complexes qu'on n'arrive pas à établir un régime parfait en se fondant simplement sur le résultat de la recherche scientifique. On peut néanmoins se rapprocher d'un idéal qui évite le plus possible tout ce qui est nocif. Mais aujourd'hui le régime moyen ne présente pas la richesse en vitamines et en sels minéraux qu'exige la théorie des corrélations. D'ailleurs, les cas d'hypovitaminose deviennent de plus en plus nombreux au fur et à mesure qu'on les recherche davantage bien que les méthodes utilisées soient encore très insuffisantes.

Quoi qu'il en soit, on doit donner la préférence à une alimentation qui garantit une longue survie dans un bon état de santé en même temps qu'un pouvoir générateur conforme à l'espèce.

K. a trouvé un régime privé de vitamines de croissance et que les animaux supportent indéfiniment sans augmenter de poids. Il s'agit là d'un phénomène de « survieillissement » comme le montre le fait que les animaux ainsi traités peuvent présenter la pellagre du rat qui, d'ordinaire, n'atteint que les sujets très âgés.

Dans ce régime manquent divers sels minéraux, phosphate, sulfate, chlorure, fer, calcium, manganèse, vitamine C, facteur antipellagreux, complexe B tout entier, sauf la vitamine B_1, lactoflavine, substance de croissance, vitamines E, A et D_2. Malgré l'absence de symptôme, ce régime entraîne donc un arrêt de la croissance (200 *g.* maximum contre 280 ou 400 *g.*, poids atteint par les animaux soumis à un régime ordinaire). D'ailleurs, un examen plus attentif des organes a montré un trouble profond du métabolisme du calcium et les lésions relevant des maladies inguérissables de la vieillesse. Ces recherches montrent dans leur ensemble que, chez ces animaux, il y avait alcalose du fait de la présence de potassium et de magnésium et surtout du fait de l'action isolée de la vitamine B_1. Elles permettent d'entrevoir que la vitamine B_1 intervient dans des actions fermentatives (co-corboxylase) et surtout que la composition du régime est beaucoup plus importante qu'on ne l'avait cru jusqu'ici non seulement pour conserver la santé, mais encore pour prévenir la vieillesse et enfin pour favoriser la croissance. Il y a lieu d'admettre que les substances nécessaires existent dans les régimes comprenant du pain complet ainsi que des végétaux et notamment de la levure.

P.-E. Monhardt.

Alfred Marchionini et **Werner Hausknecht.** ***Revêtement acide de la peau et défense contre les bactéries. Première communication. Les différences régionales dans la concentration des ions d'hydrogène à la surface de la peau*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **17**, n° 19, 7 Mai 1938, p. 663-666). — Le revêtement acide de la peau, dont l'existence a été mise en évidence au cours de travaux antérieurs par Marchionini et ses collaborateurs, a été ultérieurement confirmé par toute une série de chercheurs. Des investigations complémentaires ont d'ailleurs mis en évidence l'existence de « lacunes physiologiques » du revêtement acide, phénomène extrêmement important au point de vue de la localisation des affections cutanées bactériennes ou mycosiques. M. et H. ont donc repris cette question par une méthode qui consiste à recouvrir la peau d'une mince couche d'eau au moyen d'un pulvérisateur, puis ensuite à répandre sur la peau du hydroquinone et, enfin, à appliquer sur la solution saturée de hydroquinone ainsi réalisée une électrode spéciale qui permet, grâce au dispositif de la chaîne gazeuse, de déterminer la concentration des ions d'hydrogène. Ces mensurations ont donné les valeurs moyennes suivantes: aisselle, 7,13 à 6,58; région génitale de l'homme, 5,22 à 6,31; région génitale de la femme, 5,47 à 6,48; région anale, 6,31; région interdigitale des pieds, 6,84; plante des pieds, 5,98 à 7,34. En somme, on rencontre les lacunes du revêtement acide dans l'aisselle, dans le pli génitocrural, au voisinage de l'anus et dans la partie externe de la plante du pied.

Les glandes sudoripares eccrines donnent une sécrétion qui, par évaporation, devient acide. La sueur apocrine donne, au contraire, lieu à une réaction alcaline. Enfin, quand l'évaporation de la sueur est gênée au fond des plis, la réaction est également alcaline probablement par production bactérienne d'ammoniaque, ce qui arrive dans les régions génitocrurales et anales où il existe surtout des glandes apocrines.

Les lacunes ainsi mises en évidence favorisent certaines maladies, comme le montre l'existence des abcès tenaces siégeant dans les glandes sudoripares apocrines de l'aisselle. La région génitocrurale est le siège d'eczéma marginal, c'est-à-dire d'une épidermophytie. Un autre exemple est également constitué par les épidermophyties des espaces interdigitaux et de la plante des pieds dues à l'*Epidermophyton* Kaufmann-Wolf dont la croissance optimum se fait pour un pH de 6,8 à 7, correspondant aux chiffres trouvés par M. et H. dans ces régions.

P.-E. Monhardt.

F. Grant. ***Un cas d'embolie à évolution favorable au niveau de la bifurcation de l'aorte abdominale*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **17**, n° 19, 7 Mai 1938, p. 670-671). — L'observation de G. concerne un homme de 42 ans qui, depuis 10 ans, présente un peu de dyspnée d'effort et, depuis 5 ans, de l'arythmie mais pas d'œdème. Au cours d'un travail de bureau habituel, cet homme éprouva brusquement un besoin d'aller à la selle et eut effectivement une selle liquide, en même temps qu'il éprouvait une grande faiblesse et de vives douleurs dans le dos à la hauteur de l'ombilic. Le médecin appelé fit le diagnostic d'appendicite et le lendemain, à l'entrée à l'hôpital, on constata qu'il s'agissait d'un sujet présentant une maladie mitrale ancienne, ayant dû faire la veille une embolie d'une branche artérielle abdominale et peut-être de l'artère mésentérique. L'état s'améliora et, 15 jours plus tard, il survint une nouvelle douleur accompagnée de pâleur et de refroidissement des extrémités inférieures ainsi que de cyanose des orteils. Les pulsations de l'aorte abdominale ne pouvaient être senties que jusqu'à l'ombilic et l'examen oscillographique montrait l'absence de toute variation de pression au niveau des membres inférieurs. Les douleurs vives qu'éprouva le malade à ce moment-là se calmaient dans la position assise avec jambes pendantes ou encore sous l'influence de l'appareil à vide exerçant une forte aspiration sur le membre. Au bout de 3 semaines, les douleurs disparurent complètement.

En cas d'occlusion de l'aorte, on a, depuis Bauer (1913), assez systématiquement pratiqué l'aortotomie suivie d'embolectomie. Cependant, plus récemment des auteurs, comme, par exemple, Snapper, ont signalé des cas nombreux dans lesquels l'embolie avait guéri sans que la gangrène apparût. On ne peut guère douter qu'il en a été de même dans le cas de G., étant donné que les pulsations ont complètement disparu dans les artères fémorales en même temps qu'il apparaissait des phénomènes de stase dans les pieds. Au bout de 3 semaines, d'ailleurs, le malade en question a pu reprendre son travail ordinaire.

P.-E. Monhardt.

Walter de Pay. ***Quelle influence le glucose exerce-t-il sur le paludisme d'inoculation?*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **17**, n° 20, 14 Mai 1938, p. 703-706). — Les produits qu'on a préconisés pour procéder à la pyrétothérapie comme le lait, le soufre, les vaccins, sont insuffisants et tendent plutôt à aggraver les syndromes. Pour P., le moyen de choix dans la parasyphilis, dans la syphilis tertiaire séro-réfractaire et dans la blennorragie féminine est en conséquence constitué par la malaria d'inoculation. Mais P. a eu l'occasion de constater, quand il procédait à l'administration intraveineuse, à titre prophylactique, pour affection du foie ou marasme, par exemple, à des injections glucosées intraveineuses, que la période d'incubation du paludisme d'inoculation était allongée, si bien que, pour déclencher les accès, il fallait recourir à une méthode de réactivation. Il y avait donc lieu de se demander s'il n'existait pas, entre le paludisme et les échanges sucrés, une corrélation analogue à celle qui a été constatée entre les trypanosomiases et les spirochétoses et le sucre. En outre, il fallait savoir si cette action du sucre était ou non spécifique.

Des recherches entreprises à ce point de vue-là ont montré que la fièvre d'origine autre (angine, injection de pyrifer ou de lait) n'était pas influencée par le glucose. D'autre part, on sait que le glucose a un pouvoir détoxiquant, soit parce qu'il augmente les réserves de glycogène du foie, soit parce qu'il se combine effectivement à des toxines ou à des poisons pour les rendre inoffensifs (glycuroconjugaison). On est donc amené à admettre l'existence d'une action spécifique du glucose sur le paludisme d'inoculation.

Quoi qu'il en soit, dans une quarantaine de cas de malaria inoculée des doses de 100 à 200 cm^3 de solution de glucose ont fait tomber la fièvre. Cette méthode a échoué dans 10 pour 100 des cas environ.

Dans ces conditions, on doit penser que le sucre injecté modifie d'une façon passagère, grâce à ses produits de désintégration, l'équilibre ionique du sérum et prive ainsi certains microbes de leurs moyens d'existence. On sait d'ailleurs que les gonocoques sont très sensibles aux variations du pH. D'autre part, les modifications subies par les érythrocytes envahis par un parasite du paludisme semblent montrer que ces éléments ont perdu leur résistance à l'égard des plasmodies et de quelques autres influences externes. On pourrait donc admettre que sous l'influence du glucose il se produise, selon l'expression de Morawitz, une « pachydermie » des érythrocytes. Cette hypothèse explique bien la prolongation de l'incubation et, inversement, le fait que le paludisme prenne bien chez les syphilitiques. De fait, une solution de NaCl à 8,8 pour 100 qui est isotonique avec la solution glucosée à 30 pour 100 utilisée par P. a des effets analogues. Elle permet en effet de couper la fièvre provoquée par le paludisme inoculé.

P.-E. Morhardt.

DIE MEDIZINISCHE WELT
(Berlin)

A. Fonio. *Etat actuel de la question de l'hémophilie* (*Die medizinische Welt*, t. 12, n° 15, 9 Avril 1938, p. 513-518). — L'hémophilie dont F. a pu étudier de nombreux cas à Berne est une affection récessive, liée au sexe. Dans quelques cas cependant cette maladie apparaît dans une famille jusqu'alors absolument indemne. F. a ainsi découvert 3 cas sporadiques en dehors des 10 familles où il s'agissait de la forme héréditaire. Ces cas isolés peuvent être considérés comme une mutation ou encore comme la manifestation d'une hérédité jusqu'alors latente. Cette dernière hypothèse paraît être la plus vraisemblable. Effectivement, dans des souches hémophiles on rencontre des cas latents, mis en évidence par les méthodes modernes d'étude de la coagulation. On arrive ainsi à distinguer, parmi les membres d'une famille d'hémophiles proprement dits, les hémophiles avec insuffisance fonctionnelle des thrombocytes, les hémophiles latents et les non hémophiles.

Dans cette affection, la femme n'est généralement pas atteinte; elle est conductrice. Cependant, sur 34 femmes conductrices qui ont été étudiées par Schlössmann, il en était 16 qui présentaient une tendance aux hémorragies. Il en était de même pour 15 conductrices étudiées par F. Enfin, on a signalé dans la littérature un certain nombre de cas d'hémophilie caractérisée, parfois même suivie de mort chez la femme.

Ces familles d'hémophiles seraient particulièrement prolifiques. F. a constaté que dans plus de 60 pour 100 des familles observées par lui il y avait plus de 5 enfants. On explique ce phénomène en admettant, soit qu'il y a couplage entre les facteurs de fertilité et d'hémophilie (Bauer), soit que les parents réparent instinctivement les pertes subies (Schlössmann).

L'étude du groupe sanguin de ces malades montre qu'entre conducteur et malade il y a souvent identité de groupe et que le groupe A prédomine chez les sujets atteints.

Sur les 59 cas d'hémophiles étudiés, F. a rencontré 38 hémorragies par plaie, 30 hématomes sous-cutanés, 28 hémarthroses, 26 hémorragies dentaires, 8 hémorragies nasales, 7 hémorragies rénales, 6 hémorragies gastro-intestinales. Ces symptômes peuvent survenir d'une façon très précoce. Dans 32 cas, la mort a été la conséquence de l'hémorragie. Les hémorragies du bassinet ne doivent pas être rares et les hématomes du psoas sont bien connus. Parmi les complications des hématomes figurent: la compression des troncs nerveux ou de la moelle, l'infection, la perforation spontanée, etc. En cas d'hémarthrose, la première hémorragie, due à un traumatisme plus ou moins modéré, peut entraîner, si le malade n'est pas correctement traité, d'abord l'ankylose, puis la contracture. Ces hémarthroses peuvent être multiples comme c'est le cas chez les hémophiles observés par F. Il ne semble pas que le type de l'hémorragie varie nécessairement suivant les familles. Mais les familles peuvent présenter des formes plus ou moins sévères.

P.-E. Morhardt.

A. Fonio. *Etat actuel de la question de l'hémophilie* (*Die medizinische Welt*, t. 12, n° 17, 23 Avril 1938, p. 586-591). — Dans l'hémophilie, le temps de coagulation est toujours très prolongé, mais sa détermination donne des résultats qui varient beaucoup avec la méthode utilisée. F. procède à cette détermination à jeun et constate ainsi que, chez les hémophiles, le caillot apparaît, non pas d'un seul coup, mais par couches successives. La production de thrombine est si lente qu'une partie seulement du fibrinogène se transforme en fibrine qui se rétracte, en permettant à une nouvelle quantité de thrombine d'apparaître et d'agir. Ces phénomènes expliquent que l'arrêt de l'hémorragie se fasse d'une façon aussi anormale et que le caillot ait une valeur fonctionnelle très inférieure. Cette anomalie de la coagulation peut être finalement ramenée à une insuffisance fonctionnelle des plaquettes, infériorité qui se manifeste morphologiquement par le fait que ces formations sont beaucoup plus stables que normalement. Ce phénomène explique à son tour que les plaquettes abandonnent lentement la thrombine chargée de transformer le fibrinogène en fibrine. En recherchant à quel moment le taux de la thrombine est au maximum dans le sérum des hémophiles, F. est arrivé à constater que dans le sérum d'hémophile, la thrombine augmente pendant 24 heures, alors que, dans le sérum normal, elle diminue.

Aucune des méthodes utilisées pour déterminer le facteur vasculaire ne montre chez ces malades l'existence de troubles de ce genre. En tout cas, pour expliquer les hématomes prétendument spontanés observés chez les hémophiles, il suffit d'invoquer, non pas un facteur vasculaire, mais le retard de la coagulation qui survient normalement assez vite après un microtraumatisme pour arrêter l'épanchement avant qu'il ait pris des dimensions cliniquement appréciables.

Dans les hémorragies articulaires, cependant, le facteur vasculaire joue un rôle secondaire du fait de l'organisation du caillot et de l'arthrite secondaire déformante. Il est possible que des phénomènes du même genre surviennent dans l'hématome du psoas, du bassinet, etc.

Le traitement doit d'abord être local. Du plasma normal, riche en plaquettes, obtenu par centrifugation et refroidissement, donne de bons résultats. Le lait de femme est également un excellent hémostatique. Le suc du goitre et le venin du serpent très dilué ont également de bons effets. La transfusion doit être utilisée si ces moyens locaux ne donnent rien. La téléhémostase, pratiquée surtout avec du plasma riche en plaquettes mais débarrassé d'érythrocytes et de leucocytes, préparée à froid et par centrifugation, est une méthode spécialement recommandée par F.

P.-E. Morhardt.

DEUTSCHES ARCHIV für KLINISCHE MEDIZIN
(Leipzig)

Walther Bergfeld. *Recherches cliniques et biologiques relativement au problème de l'hypophyse et de l'hypertension* (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. 182, n° 1, 4 Avril 1938, p 101 à 111). — Jusqu'ici on a mis en relation avec l'augmentation de la pression artérielle les reins, le système nerveux central ou plus particulièrement les centres vasomoteurs, les surrénales et enfin l'hypophyse. L'action hypertensive des extraits du lobe postérieur de l'hypophyse est d'ailleurs connue déjà depuis longtemps et des affections hypophysaires, comme, par exemple, la maladie de Cushing, sont caractérisées par une augmentation importante de la pression artérielle.

Pour préciser le rôle de l'hypophyse, B. a étudié à ce sujet 15 cas d'hypertension essentielle, 3 cas de néphrosclérose, 3 cas de néphrite chronique de forme vasculaire, 4 cas de néphrite chronique de forme glomérulaire. Les investigations ont porté sur les hormones hypophysaires et corticotrope, le glucose, la cholestérine et parfois le calcium du sang.

Dans 7 cas de néphrite chronique et dans 2 cas de sclérose maligne, ni la détermination du glucose du sang avant et après repas d'épreuve, ni la détermination de l'hormone corticotrope dans le sang et du prolan A dans l'urine n'a conduit à admettre l'existence d'un trouble, soit des échanges, soit de la production ou de l'excrétion des hormones.

Par contre, dans 3 des 15 cas d'hypertonie essentielle il y avait augmentation de la glycémie et de l'hormone corticotrope du sang ainsi qu'une augmentation du prolan A de l'urine et enfin une cholestérinémie anormalement élevée. Dans 4 autres cas de ce groupe et dans 1 cas de sclérose maligne ces mêmes troubles existaient mais moins nets. Dans les 8 cas restants de ce groupe on n'a constaté aucune anomalie de ce genre. En somme, ces recherches n'ont pleinement confirmé ni celles de Jores qui avait trouvé dans l'hypertension essentielle une augmentation de l'hormone corticotrope, ni celles de Kylin qui, dans des cas semblables, avait trouvé une augmentation constante de la sécrétion de prolan A. Néanmoins dans l'hypertonie essentielle tout au moins, les organes endocriniens ont une signification importante. Il n'en est pas du tout de même dans les hypertensions d'origine rénale, affections dans lesquelles les signes de troubles endocriniens manquent complètement.

P.-E. Morhardt.

FORTSCHRITTE AUF DEM GEBIETE DER RŒNTGENSTRAHLEN
(Leipzig)

Gosta Forssell. *Du rôle des mouvements autonomes de la muqueuse sur la digestion* (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, t. 57, n° 4, Avril 1938, p. 331-353). — Le fait que la muqueuse, par sa mobilité autonome, est susceptible de prendre une part active à la formation du relief interne du tube digestif, conduit à penser que les mouvements muqueux ont une fonction indépendante dans le mécanisme de la digestion.

En vue de chercher à élucider le rôle fonctionnel des mouvements de la muqueuse, F. a étudié l'action du relief muqueux sur le contenu intestinal chez l'animal et chez l'homme après fixation *in situ* du tube digestif peu après la mort, et le résultat de ses recherches chez le chien a déjà fait l'objet de communications, entre autres dans ce même journal, en 1934. et au IVe Congrès International de Radiologie de 1934.

Les recherches ultérieures de F. sur le rôle fonctionnel des mouvements de la muqueuse peuvent être ainsi résumées:

Les plis muqueux s'adaptent de manière continue aux contractions des parois musculaires, et, en même temps, au contenu du tube digestif et au contrôle de sa progression.

Quand la paroi musculaire est contractée au maximum et que le tube digestif est vide, la muqueuse remplit la paroi musculaire, formant un « relief initial » dont l'aspect est caractéristique pour chaque segment. Là où le tube digestif est très dis-

tendu, la muqueuse forme un « relief terminal » uniforme; les plis muqueux disparaissent alors au niveau de l'estomac, du côlon et du rectum, sauf au niveau des sphincters, tandis que des plis transversaux persistent au niveau du grêle, même en cas de distension accusée.

Il est nécessaire qu'il existe une certaine contraction musculaire pour que se forment des plis muqueux macroscopiquement visibles; après une telle contraction, la muqueuse, formant des plis alternativement larges et étroits et de types variés, sans modification du diamètre du tube musculaire, est susceptible de réaliser un « relief de travail » dont la forme peut être essentiellement variable en un même point.

Au niveau du grêle, dont le contenu est exclusivement fluide, seule la morphologie du relief permet de tirer des conclusions en ce qui concerne le rôle fonctionnel des mouvements de la muqueuse. Au niveau de l'estomac, du côlon, et du rectum, où peuvent coexister aussi bien des liquides que des gaz et des matières solides, apparaît un relief de la muqueuse caractéristique de la consistance et de la forme du contenu: celui-ci est-il fluide ou semi-liquide, le relief présente en général une disposition assez uniforme et régulière, et conserve notamment, en même temps, et surtout, l'aspect général du type du « relief initial »; le contenu malléable est divisé par projection des plis muqueux et réparti entre les cavités et des sillons de dimensions variables; si le contenu est solide, ou consiste en un mélange de parties solides et semi-liquides, la muqueuse enrobe les particules solides avec lesquelles elle entre en contact dans des cavités en forme de coupes. Un tel contenu, même si les parois musculaires se contractent énergiquement, contribue à modifier considérablement le « relief initial ».

Au niveau du siège des contractions musculaires locales, que l'on observe fréquemment entre les portions du conduit qu'occupent des matières de consistance différente, la muqueuse peut prendre une disposition telle que le calibre du conduit est plus ou moins rétréci, ou, au contraire, le relief peut être à peine accusé et le calibre n'est pas modifié, malgré la forte contraction de la paroi musculaire.

Partout, dans le tube digestif, où s'accumulent des gaz, la muqueuse paraît former des poches à surface lisse et à contours réguliers.

Ainsi il existe *deux mécanismes coordonnés, et cependant indépendants, de la mobilité du tube digestif:* 1° La paroi musculaire et ses sphincters anatomiques divisent le contenu du segment intestinal en vastes compartiments appropriés aux principaux processus de la digestion, et ont en outre pour propriété de transporter ce contenu dans de larges segments; 2° la muqueuse transmet l'énergie de la centrale de force que représente la paroi musculaire aux innombrables appareils digestifs qui résultent de l'action de la muqueuse, action qui réalise également les opérations mécaniques particulières de la digestion.

Le mécanisme moteur de la muqueuse est agencé de telle manière qu'il lui est possible de réaliser, en un même endroit, et sans autre accessoire, des mécanismes de travail de formes et de dimensions variées, par exemple, des réservoirs destinés au travail biochimique ou des dispositifs de filtration, de triage et de transport, tous conditionnés par les nécessités immédiates de la digestion.

Morel Kahn.

H. Friedrich et **E. Veiel**. ***Radiodiagnostic de l'échinococcose alvéolaire*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, t. **57**, n° 4, Avril 1938, p. 366-374). — L'échinococcose kystique n'est parfois diagnostiquée que tardivement, quand elle n'est pas entièrement méconnue. Tel n'est cependant pas le cas, en général, en ce qui concerne l'échinococcose alvéolaire en raison de l'aspect si particulier du foyer infectieux; en effet, le foyer d'échinococcose alvéolaire se présente sous l'aspect classique d'une tumeur maligne et n'a que peu de caractères communs avec la forme kystique de l'affection.

En raison de cet aspect tumoral, il semble que l'on puisse désigner cette forme d'échinococcose sous le nom d'« échinococcose progressive infiltrante ».

Son diagnostic clinique est particulièrement difficile; en effet, sous beaucoup de rapports, les procédés habituels de laboratoire n'ont que peu de valeur, et il n'est pas douteux que le procédé de diagnostic le plus important ne soit l'examen radiologique; celui-ci met en évidence des taches et zones calcifiées qui, rapidement, confluent et s'étendent d'une manière diffuse à de larges zones du foie, ces manifestations étant pathognomoniques de l'échinococcose infiltrante progressive du foie.

Dans 5 cas ce diagnostic a pu être porté avec certitude à l'aide de la radiographie habituelle, alors que dans 4 de ces cas aucun signe clinique n'avait pu expliquer les douleurs.

L'échinococcose infiltrante progressive, si elle est rare, l'est cependant moins qu'il ne semble, et l'on peut invoquer en vue de sa pathogénie la prédisposition du parasite à former des dépôts au niveau des régions atteintes.

Morel Kahn.

ZEITSCHRIFT für KREISLAUFFORSCHUNG *(Dresde)*

R. Dreszer et **K. Neubürger**. ***La répartition du sang dans le cerveau humain*** (*Zeitschrift für Kreislaufforschung*, t. **30**, n° 9, 1er Mai 1938, p. 318-329). — D. et N. ont employé la technique de Slonimski et Cunge: fixation au formol salé additionné de ferricyanure de potassium, coupes par congélation, coloration dans une solution alcoolique saturée de benzidine à laquelle on ajoute goutte à goutte de l'eau oxygénée pendant la coloration, montage au baume. Les hématies apparaissent en noir brunâtre sur fond jaune clair au bout de quelques jours. Ils ont examiné des cerveaux prélevés chez des malades atteints d'affections diverses, mais surtout cérébrales.

Parmi les constatations qu'ils ont déjà pu faire, il faut signaler: la répartition inégale du sang au niveau de l'écorce (anémie relative des couches superficielles, aspect moucheté de la circulation dans le reste de l'écorce); présence d'anévrysmes capillaires chez les hypertendus; troubles graves de l'irrigation chez les sujets ayant succombé à une anesthésie générale; fréquence de suffusions sanguines agoniques dans le cerveau intermédiaire dans diverses affections.

P.-L. Marie.

LA SEMANA MEDICA *(Buenos-Aires)*

R. S. Romoy. ***Contribution à l'étude et au traitement de maladies hérédo-familiales à prédominance médullaire*** (*La Semana Medica*, an. **45**, n° 17, 28 Avril 1938, p. 897-911). — R. publie 3 *observations* d'affections familiales de la moelle, en rattachant la symptomatologie aux grands types cliniques décrits.

Dans l'une d'elles, il a mis en évidence le signe de Schäffer (extension controlatérale de l'orteil à l'excitation du tendon d'Achille), auquel il attribue la même signification clinique qu'au signe de Babinski.

La première malade est la mère des deux autres. Chez ces derniers, les maladies infectieuses de l'enfance ont hâté l'évolution de l'affection médullaire progressive.

La symptomatologie des 3 cas comporte, outre une amyotrophie des extrémités distales des membres avec contractions fasciculaires et abolition des réflexes, un syndrome pyramidal, cérébelleux et sensitif.

Après avoir discuté le diagnostic, R. classe ses 3 observations comme formes intermédiaires entre les maladies de *Strümpell-Lorrain*, *Friedreich* et *Charcot-Marie*, et se range à la théorie uniciste, qui rattache toutes les affections familiales médullaires au même tronc.

L'anatomie pathologique rend compte des troubles observés. On peut expliquer de telles maladies médullaires, à la suite de Pende, Marinesco et Castex, par la débilité du mésoderme.

Les extraits hépatiques, la vitamine B à haute dose, sont capables d'en arrêter l'évolution.

G. d'Heucqueville.

REVISTA DE SANIDAD DE GUERRA *(Barcelone)*

D'Harcourt, Floch Pi et **Bofill**. ***Contribution à l'étude des troubles trophiques des extrémités, par refroidissement*** (*Revista de sanidad de guerra*, an. **2**, nos 11-12, Mars-Avril 1938, p. 113). — H., F. et B. ont observé dans les rangs de l'armée républicaine espagnole, au cours de l'offensive de Teruel (Décembre 1937-Janvier 1938), des lésions trophiques des pieds, produites par le refroidissement. Ces lésions leur semblent bien différentes du « pied de tranchée » vu pendant la grande guerre, en cela surtout que la macération due à l'humidité des tranchées ne s'ajoutait pas à la congélation primitive.

Les gelures locales (500 cas environ sur 120.000 hommes) touchèrent des troupes vivant à 1.500 *m.* d'altitude, dans la neige, avec un froid nocturne atteignant de 10° à 22° sous zéro. Cependant les tranchées étaient sèches en général. La nourriture de ces soldats était suffisante en qualité et en quantité, mais un peu monotone (pain, riz, viande congelée, lait, avec un supplément de cognac pour ceux qui prenaient les gardes de nuit). Les vêtements étaient bien adaptés à ces grands froids (chaussettes de laine, bottes de cuir). Tous les malades, à l'exception de 5, étaient fumeurs de tabac, cependant H., F. et B. ne croient pas au rôle prédisposant de l'intoxication nicotinique.

Les lésions ont été observées surtout aux membres inférieurs, ou bien aux deux pieds et à une main. Un seul cas, chez un acrocyanotique, atteignait les quatre membres. Chez des aviateurs, on nota 3 cas de gelures limitées aux doigts de la main droite. Aucun cas à la face ni aux oreilles.

H., F. et B. font ensuite la description clinique des signes subjectifs et objectifs de ces gelures des extrémités qui peuvent avoir tous les degrés depuis le simple érythème jusqu'à la mortification absolue par *gangrène sèche* d'un segment plus ou moins étendu du pied. Ces lésions trophiques peuvent se distribuer selon plusieurs types:

a) Distribution superposée à la topographie vasculaire;

b) Distribution aux points comprimés par la chaussure, avec nécrose, au niveau des saillies osseuses. Là encore, l'ischémie est la cause de la gangrène;

c) Erythèmes très étendus avec phlyctènes. Dans ces cas il y a thrombose veineuse à distance et cellulite.

Des recherches intéressantes mais peu concluantes ont été faites sur le sang de ces malades. Au contraire, différentes épreuves permettant d'explorer les vaisseaux périphériques amènent H., F. et B. à admettre la lésion précoce des artérioles, histologiquement contrôlée, et le rôle important d'un *spasme vasculaire* surajouté commandé par le sympathique.

Cette conclusion est importante puisqu'elle en-


MARQUE DÉPOSÉE


STSA
Sté INDUSTRIELLE DE THÉRAPEUTIQUE SCIENTIFIQUE APPLIQUÉE
MARQUE DÉPOSÉE

traîne des déductions thérapeutiques. En effet, en outre des soins locaux (pommade à l'insuline en particulier, appliquée sur le pied laissé à l'air libre dans une atmosphère chaude, ou encore traitement diathermique, et enfin, régularisation chirurgicale tardive des parties nécrosées) on a été amené à tenter dans plusieurs cas des opérations portant à distance sur le sympathique. On a fait d'abord des injections de novocaïne autour de la veine fémorale au triangle de Scarpa; mais les résultats semblent fugaces et peu démonstratifs. De même, la sympathectomie périartérielle n'a d'effet que durant 2 semaines au plus. Pour agir efficacement sur le spasme artériel il faut donc faire mieux, et H., F. et B. ont eu recours alors à l'extirpation de la chaîne sympathique lombaire. Ils se félicitent d'avoir utilisé cette thérapeutique, pleinement justifiée, dans les cas graves de gelures des extrémités.

J. Berener.

BULLETIN OF THE JOHNS HOPKINS HOSPITAL (Baltimore)

F. R. Ford et **Lawson Wilkins.** ***Insensibilité générale à la douleur congénitale. Etude clinique de 3 cas chez l'enfant avec discussion de la littérature*** (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, t. 52, n° 4, Avril 1938, p. 448-466). — F. et W. rapportent une insensibilité complète à la douleur sans autre trouble du système nerveux. Le premier est un garçon de 9 ans chez qui les parents remarquèrent, dès le jeune âge, qu'il ne semblait attacher aucune importance aux blessures. Les chutes et les coups habituels ne le faisaient pas pleurer et il ne montrait aucun signe de douleur. Il avait coutume de sucer ses doigts et il les mordit si profondément qu'ils saignèrent et se déformèrent. A 2 ans, il tomba et se fractura le péroné; il ne sembla pas en souffrir et continua à marcher. A 5 ans, il reçut du sable dans l'œil et présenta une ulcération de la cornée, sans manifester la moindre plainte. En se battant avec ses camarades, de nombreuses blessures ne provoquèrent aucune douleur. Il eut ainsi, notamment, une fracture du 1er métatarsien et des ulcérations qu'il ne signala même pas à ses parents et que l'on put nettoyer au couteau et à l'alcool sans provoquer de réaction.

Un garçon de 8 ans et demi présenta une insensibilité analogue aux blessures et aux brûlures, et une fille de 3 ans, amenée à l'hôpital pour pyélite, ne présentait aucune réaction aux excitations douloureuses sur toute la surface du corps, elle était indifférente également aux douleurs viscérales. Ces 3 enfants avaient un système nerveux normal et un développement psychique cotant 104 pour le premier et 76 pour le second, il ne semble pas qu'il y eut de troubles mentaux, l'un d'eux cependant présentait de la difficulté pour lire.

Il semble que, chez ces 3 enfants, il n'y avait pas analgésie proprement dite et perte de tous les types de sensibilité, mais simplement indifférence à la douleur. Les cas analogues sont rares et F. et W. pensent qu'il s'agit d'un défaut congénital du système sensoriel qui supprime d'une façon sélective le mécanisme de la douleur. Cette altération serait comparable, par exemple, à l'absence congénitale de distinction des couleurs.

Robert Clément.

H. B. Taussig et **M. S. Hecht.** ***Etude sur l'hypertension de l'enfant. I. Le développement de l'hypertension essentielle en cours d'observation*** (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, t. 52, n° 5, Mai 1938, p. 482-490). — La détermination de la pression artérielle est faite systématiquement chez tous les sujets de la clinique cardiologique; elle a permis de déceler l'installation graduelle d'hypertension essentielle chez 3 enfants atteints de maladie de Bouillaud et de chorée de Sydenham. Le premier cas concerne une jeune négresse de 17 ans ayant eu une première attaque de chorée à 9 ans, puis une rechute annuelle. A 13 ans, malgré l'installation de la puberté, la pression était de 12,5-10. Mais dans l'été suivant, elle présenta une myocardite rhumatismale, une insuffisance mitrale et de l'hypertension. A 15 ans, elle avait une tension de 15-11 et l'hiver suivant eut sa septième attaque de chorée, puis des douleurs articulaires.

Le second malade, à sa quatrième attaque de chorée, à l'âge de 10 ans, développa une insuffisance mitrale, mais sa pression était encore de 12-10. C'est 2 ans plus tard, alors qu'il était atteint de sa sixième attaque de chorée, que la pression s'éleva à 13-9.

Le troisième fit, à 9 ans, une maladie de Bouillaud, avec atteinte myocardique, 3 mois plus tard, il s'alita pour une chorée et sa tension artérielle s'éleva à 12-9. Elle redevint normale pendant un an jusqu'à ce qu'à la suite d'une poussée fébrile et de l'installation d'un souffle cardiaque, elle s'éleva à nouveau à 13-11.

Chez ces trois sujets, l'examen du fonctionnement rénal ne décela rien d'anormal et le fond d'œil était normal. Chez les 3, il existait une infection persistante comme l'indiquaient une accélération de la sédimentation globulaire et chez le premier un état subfébrile. Le développement progressif de l'hypertension, au cours de la maladie rhumatismale, permet d'établir un rapport entre les deux phénomènes.

Robert Clément.

H. B. Taussig et **M. S. Hecht.** ***Etude sur l'hypertension de l'enfant. II. L'apparition de l'hypertension dans la fièvre rhumatismale aiguë de l'enfance*** (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, t. 52, n° 5, Mai 1938, p. 491-517). — Chez 37 enfants de 7 à 16 ans, et la plupart entre 11 et 16 ans, l'hypertension artérielle est apparue en rapport étroit avec un épisode rhumatismal aigu: ou chorée ou chorée et maladie de Bouillaud ou maladie de Bouillaud. Chez 12 autres, la pression artérielle a été trouvée élevée à plusieurs reprises pendant une longue période, mais variait dans une large mesure et le temps d'observation n'a pas été assez long pour qu'on puisse déterminer si l'hypertension deviendra permanente.

Dans les cas étudiés, l'hypertension n'était pas associée avec une altération rénale décelable.

Sont considérés comme hypertendus les enfants, sans tenir compte de l'âge, dont la pression diastolique était au-dessus de 90 mm. de mercure. Dans la majorité des cas, le taux de la pression systolique était de 130 mm. ou au-dessus. Mais on a retenu cependant les cas dans lesquels la pression était de 12/9 en tenant compte de l'importance de la tension diastolique.

Sur 560 enfants, soignés pour maladie de Bouillaud ou chorée, 49 ont présenté de l'hypertension.

5 cas d'hypertension ont été observés chez des enfants atteints de chorée de Sydenham; généralement, c'est pendant la convalescence qu'elle est apparue.

Chez 8 sujets, l'association de chorée et de fièvre rhumatismale a précédé l'apparition de l'hypertension qui est survenue soit au cours d'une récidive, soit alors que l'infection était encore en évolution comme en témoignait un souffle cardiaque.

Chez les 12 enfants atteints de maladie de Bouillaud, l'hypertension est apparue au cours d'un épisode aigu, 7 étaient encore au lit. Dans aucun, il n'y avait de troubles cardiaques importants et l'hypertension ne donnait lieu à aucun symptôme subjectif.

Si l'association de l'hypertension artérielle et de la maladie de Bouillaud permet d'établir des relations de cause à effet, le mécanisme n'en est pas élucidé.

Robert Clément.

THE LANCET (Londres)

Arthur Ellis. ***L'hypertension maligne*** (*The Lancet*, n° 5983, 30 Avril 1938, p. 977-981). — L'hypertension maligne est un désordre vasculaire généralisé ou tout au moins largement développé. La cause de cette hypertension primitive est inconnue. On ne doit pas l'attribuer aux lésions trouvées dans les reins après la mort. Celles-ci sont des manifestations tardives et même terminales de l'hypertension. C'est pourquoi il faut considérer les lésions des capillaires des glomérules comme faisant partie du désordre vasculaire généralisé caractéristique de cette forme d'hypertension. Ces lésions sont comparables aux lésions vasculaires des autres organes.

Le diagnostic entre l'hypertension maligne et certains cas de néphrite diffuse chronique peut être difficile, surtout quand l'insuffisance rénale est complètement développée, mais si les malades sont vus dès le début de la maladie, le diagnostic est plus facile.

Le pronostic de l'hypertension maligne est très grave, la mort survient une année après le début des symptômes. Il existe donc un contraste frappant entre l'hypertension maligne et l'hypertension bénigne dont le pronostic est relativement bon.

Le traitement est d'abord celui de l'insuffisance ventriculaire gauche qui existe toujours dans cette forme à un degré quelconque, puis celui de l'hypertension cranienne qui s'ajoute aux symptômes classiques.

Pour E., dans la classification, le terme de néphrite chronique interstitielle devrait être écarté. Pour lui, il y a deux sortes d'hypertension: l'hypertension avec néphrite chronique diffuse et l'hypertension essentielle. L'hypertension essentielle n'est cependant pas une entité. Elle se divise à son tour en hypertension maligne et en hypertension bénigne. La présence d'œdème papillaire est capitale pour cette différenciation et le terme d'hyperpiésie, s'il doit être conservé, doit être réservé à l'hypertension bénigne commune où l'œdème papillaire est absent.

André Plichet.

George C. Foss. ***Action du propionate de testostérone chez la femme*** (*The Lancet*, n° 5983, 30 Avril 1938, p. 992-994). — Zuckermann, en 1937, a montré que chez le singe femelle, le propionate de testostérone, injecté deux fois par semaine pendant 7 mois à la dose de 25 mg., arrêtait la maturation folliculaire et la lutéinisation, par conséquent supprimait les règles. Depuis, de nombreux travaux ont montré, chez la femme, les effets du propionate de testostérone sur les hémorragies utérines irrégulières et excessives.

F. a appliqué ce traitement à 16 malades. Les métrorragies et les ménorragies peuvent être arrêtées par le propionate à condition d'injecter des doses suffisantes. Ces doses dépendent des conditions pathologiques. Une ménopause thérapeutique temporaire avec des symptômes associés peut être produite avec de grosses doses. L'ovulation et la lutéinisation peuvent être arrêtées et l'endomètre peut être à l'état de repos pendant plusieurs mois. Les seins diminuent de volume.

Sur 16 malades traités pendant 2 mois, aucun effet nocif n'a été remarqué alors même que les doses pour certains malades aient atteint 2.200 mg. et la dose quotidienne 100 mg. En principe, la dose est de 20 à 40 mg. deux fois par semaine, jusqu'à 300 et 800 mg.

André Plichet.

J. F. Brailsford. ***Le diagnostic radiologique du myélocèle chez le fœtus in utero*** (*The Lancet*, n° 5985, 14 Mai 1938, p. 1106-1107). — La radiographie permet le diagnostic de grosses déformations de l'enfant avant sa naissance: l'anencé-

phalie, l'hydrocéphalie et les monstres doubles. Elle permet également le diagnostic du myélocèle.

La colonne vertébrale de l'enfant porteur de cette malformation, vue de profil, présente une courbure importante, affectant 6 vertèbres, tout à fait différente de la courbure arrondie de la colonne normale. De face, la malformation se reconnaît par le déplacement latéral des lames vertébrales qui sont projetées de chaque côté du corps vertébral et non derrière comme chez le fœtus normal.

Le myélocèle peut être associé à l'anencéphalie et à l'hydrocéphalie.

André Plichet.

B. Zondek. ***Application cutanée de folliculine*** (*The Lancet*, n° 5985, 14 Mai 1938, p. 1107-1110). — La folliculine est absorbée par la peau, mais si elle est appliquée mélangée avec une huile ou une pommade, la dose nécessaire pour produire l'œstrus chez les souris castrées est sept fois plus grande que la dose nécessaire en injection intraveineuse. Si l'hormone est dissoute dans le benzol, l'éther ou l'alcool à 96°, elle est plus facilement absorbée par la peau. Une dose de folliculine ainsi administrée est aussi active que la même dose en injection sous-cutanée.

Cette action de la folliculine dissoute dans un solvant approprié a été démontrée par l'obtention de l'œstrus chez les souris, par la réduction de croissance du testicule chez les rats, par l'arrêt de croissance des jeunes rats et par la production de tumeur pituitaire chez le rat.

Dans la pratique gynécologique, les injections d'hormone œstrogène peuvent être remplacées en partie par des applications cutanées de teinture alcoolique de cette hormone.

Le progestérone est aussi absorbé par la peau, mais il faut l'utiliser en injections tant que son prix de revient restera aussi coûteux car il faut des doses plus importantes en applications cutanées qu'en injections sous-cutanées.

L'application de folliculine sur la peau suivie d'injection de progestérone peut produire des hémorragies utérines dans les aménorrhées primaires et secondaires.

Les frictions avec une teinture alcoolisée d'hormone œstrogène sont presque aussi actives que les injections de cette hormone; cependant, chez certains sujets, ce mode de traitement peut être inefficace, il faudra alors administrer la folliculine en injections.

André Plichet.

MINERVA MEDICA
(Turin)

D. Campanacci (Parme). ***Sur une crise asthmatiforme particulière guérie par l'administration de sucre*** (*Minerva medica*, an. 29, t. 1, n° 2, 13 Janvier 1938, p. 33-36). — Une femme de 28 ans présente après l'allaitement de deux jumeaux des crises asthmatiformes avec dyspnée inspiratoire et expiratoire et phénomènes nerveux et vaso-moteurs accentués: agitation, sensation de malaise général, tremblement, paresthésies des extrémités, douleurs précordiales, sueurs froides, bouffées de chaleur; les crises s'accompagnent d'une sensation de faim impérieuse, surviennent généralement à distance des repas et cessent par l'ingestion d'aliments; l'examen ne montre que des séquelles de pleurésie; la glycémie à jeun est de 0 *g.* 42. Cette forme respiratoire d'accidents hypoglycémiques est exceptionnelle et C. n'en a pas retrouvé dans la littérature. Il croit que l'hypoglycémie est en rapport avec un déséquilibre neuro-hormonal, conséquence de la grossesse gémellaire; l'allaitement en altérant l'état général a sans doute aussi joué un rôle.

Lucien Rouquès.

G. F. Capuani (Novare). ***Influence de l'hormone folliculaire sur l'appareil sexuel mâle en général et sur la spermatorrhée en particulier (recherches cliniques et expérimentales)*** [*Minerva medica*, an. 29, t. 1, n° 2, 13 Janvier 1938, p. 41-45]. — L'hormone folliculaire provoque chez l'homme la diminution de l'activité sexuelle ainsi que le montre la diminution de la libido et des pollutions nocturnes chez les sujets soumis à une continence forcée; la différence d'action est assez variable d'un sujet à l'autre; il suffit chez certains d'une ou de quelques injections de folliculine pour supprimer complètement les pertes séminales pendant quelques semaines; chez d'autres, le résultat est moins rapide et moins complet; rarement, l'effet est nul; l'endofolliculine peut agir dans des cas où l'œstrofolliculine est peu efficace et inversement.

Chez le cobaye, la folliculine fait diminuer le poids des testicules et amène la réduction numérique des cellules mères de la lignée séminale et par conséquent celle des cellules filles jusqu'aux spermatozoïdes; aucune altération de la glande interstitielle n'est décelable; dès que la folliculine n'est plus administrée, les modifications testiculaires disparaissent.

Lucien Rouquès.

R. Reitano (Catane). ***La pathogénie des splénomégalies paludéennes à la lumière de la nouvelle thérapeutique adrénalinique intraveineuse de Maurice Ascoli*** (*Minerva medica*, an. 29, t. 1, n° 5, 3 Février 1938, p. 113-115). — On admet communément que la spléno-contraction adrénalinique est le résultat de la contraction des fibres musculaires lisses de la capsule et des travées; mais ces fibres déjà peu abondantes à l'état normal disparaissent presque complètement dans les splénomégalies paludéennes qui régressent pourtant par la méthode des injections intraveineuses de doses minimes et croissantes d'adrénaline; la réduction de la rate est, d'autre part, durable dans ces cas après un certain nombre d'injections, tandis que l'effet de l'adrénaline sur les fibres lisses est transitoire. Certes, la rate de certains animaux est riche en fibres lisses, mais chez l'homme, le mécanisme de la spléno-contraction adrénalinique fait intervenir d'autres éléments que les fibres lisses. R. pense que dans les splénomégalies paludéennes chroniques, il y a deux facteurs; l'un qui n'est pas modifiable par l'adrénaline est l'hyperplasie des fibres réticulaires et conjonctives; l'autre dépend de la capacité que le sang paludéen a acquise de stagner dans les sinus spléniques qui sont d'ailleurs altérés et dilatés; la circulation du sang dans la rate est sans doute liée à une autorégulation hormonale qui se rétablit sous l'influence de l'adrénaline.

Lucien Rouquès.

C. Rotta (Turin). ***Recherches cliniques sur les variations de l'allergie tuberculinique dans diverses affections intéressant le système hématopoïétique et leur valeur clinique, avec considérations particulières sur la tuberculose ganglionnaire et la lymphogranulomatose maligne*** (*Minerva medica*, an. 29, t. 1, n° 5, 3 Février 1938, p. 118-126). — R. a pratiqué chez une série de sujets ayant des affections hématopoïétiques des intradermo-réactions à la tuberculine (0 cm^3 2 d'une dilution à 1 pour 3000 ou 1 pour 1000 de vieille tuberculine); dans les adénopathies tuberculeuses régionales ou systématisées, il a presque toujours noté une réaction papulo-nécrotique; dans la lymphogranulomatose maligne, il a trouvé 32 malades anergiques sur 45 et parmi les anergiques une notable proportion présentaient une lymphogranulomatose atypique soit cliniquement, soit anatomiquement (forte hyperplasie du réticulum); dans 3 cas de tuberculose ganglionnaire hyperplasique type Ziegler, R. a noté l'anergie; par contre, les sujets atteints de réticulome, de lymphosarcome, de leucémie myéloïde ou lymphatique étaient allergiques; parmi les cas de métastases ganglionnaires et de tumeurs du médiastin figuraient une certaine proportion d'anergiques.

Lucien Rouquès.

E. Filla (Vercelli). ***L'influence de la surinfection exogène dans la pathogénie de la phtisie de l'adulte*** (*Minerva medica*, an. 29, t. 1, n° 7, 17 Février 1938, p. 177-182). — La surinfection exogène n'entre en jeu dans la tuberculose de l'adulte que dans un pourcentage assez faible des cas (9 pour 100 environ); elle est surtout fréquente dans la période qui va de la phase immédiatement post-pubérale à la vingtième année; elle diminue de fréquence de la vingtième à la vingt-cinquième année et devient rare et douteuse plus tard. Elle donne habituellement lieu à l'infiltrat précoce; dans certains cas, chez des individus très réceptifs, on peut observer des foyers bronchopneumoniques de sièges variés (médiothoraciques ou basilaires) et à évolution caséeuse rapide. Même intense, la surinfection ne peut à elle seule produire dans la règle chez l'adulte normal une nouvelle localisation; il faut une réceptivité spéciale du sujet. On ne peut admettre une réinfection exogène que lorsque l'infection infantile a complètement guéri et se traduit par un foyer primaire calcifié ou lorsque la force de pénétration de la surinfection est supérieure à la résistance immunitaire développée dans l'organisme déjà infecté. Les individus porteurs d'un foyer guéri sont en général réfractaires aux surinfections exogènes, mais leur immunité ne les défend pas contre les réinfections endogènes. Les surinfections exogènes ne donnent dans la règle aucune manifestation locale ou générale chez les individus résistants; ce n'est que dans certains cas qu'on observe des manifestations passagères généralement non spécifiques. Il est probable que dans un organisme pourvu d'une certaine résistance immunitaire les bacilles provenant d'une surinfection exogène peuvent subsister un certain temps sans produire aucun phénomène comme les bacilles d'origine endogène; la maladie se déclarera brusquement lorsque la résistance immunitaire de l'organisme sera vaincue.

Lucien Rouquès.

P. Frugoni et **M. N. Walsh** (Clinique Mayo, Minnesota). ***Les psychoses dues aux bromures*** (*Minerva medica*, an. 29, t. 1, n° 10, 10 Mars 1938, p. 249-254). — Les psychoses dues aux bromures sont assez fréquentes aux Etats-Unis surtout chez les psychopathes qui prennent spontanément le médicament ou dépassent les doses prescrites; en général, les psychoses ne surviennent qu'après une longue période d'absorption; mais il existe des cas de psychoses après l'absorption d'une dose moyenne (2 *g.* à 3 *g.* 5 par jour) pendant une durée assez courte; l'intoxication est facilitée par une alimentation pauvre en chlorure de sodium, par la cachexie, la déshydratation; le facteur individuel a un rôle certain. Le tableau clinique est assez variable et il est rare que la psychose soit pure car l'intoxication est rarement observée chez des sujets normaux; au début, on note de la somnolence, une torpeur générale avec lenteur des mouvements, de la parole et de l'idéation; cet état régresse en une ou deux semaines si le malade cesse de prendre des bromures; dans le cas contraire, survient une agitation motrice et psychique qui peut aboutir à de véritables crises d'excitation maniaque, avec de fréquentes hallucinations auditives et visuelles, celles-ci souvent colorées; la macropsie et la micropsie, les troubles olfactifs ne sont pas rares; le sommeil est mauvais, coupé par des rêves angoissants de tortures; la mémoire est presque toujours diminuée surtout pour les faits récents, le raisonnement s'affaiblit et un état de désorientation et de confusion mentale se produit; parfois, il y a des idées de persécution ou de suicide; certains malades refusent de s'alimenter; les pupilles sont généralement dilatées, réagissant peu ou pas à la lumière; la diplopie n'est pas rare; les réflexes tendineux sont dans la règle exagérés; la sensibilité cutanée est diminuée, parfois abolie;



GOUTTES
I.A.M.
Antilymphatique puissant
à l'Iodo méthyl Arsinate de Manganèse
agissent toujours et très vite dans
15 à 20 GOUTTES matin & soir
AFFECTIONS GANGLIONNAIRES
ANOREXIES
ASTHÉNIES
ÉTATS ANÉMIQUES
ASTHME • BRONCHITES
CONVALESCENCES
SIROP "I.A.M"
Pour ENFANTS. 1 cuiller matin & soir
Echantillons & littératures
LABORATOIRES du Dr LAVOUÉ
RENNES (France)

dans quelques cas, on note un tremblement ou de l'ataxie.

Le diagnostic est difficile, d'autant plus que les éruptions caractéristiques manquent souvent; d'où l'intérêt du dosage des bromures dans le sang et les urines. Le traitement est basé sur l'administration de fortes doses de chlorure de sodium pour déplacer les bromures; la voie veineuse n'est plus employée; on donne 3 à 10 *g.* de sel par jour par la bouche dans 4 litres de liquide. Des lavages gastriques répétés facilitent aussi l'élimination des bromures car l'estomac sécrète de l'acide bromhydrique. Le pronostic est presque toujours bénin quand l'intoxication cesse. LUCIEN ROUQUÈS.

F. de Matteis (Turin). ***Hypertension artérielle et sténose mitrale*** (*Minerva medica*, an. 29, t. 1, n° 11, 17 Mars 1938, p. 273-278). — Sur 40 cas de sténose mitrale (16 chez l'homme et 24 chez la femme), M. a relevé 8 cas avec hypertension (4 chez l'homme et 4 chez la femme); chez les hommes il s'agissait, dans deux cas, d'hypertension par décompensation cardio-circulatoire, au cours du rétrécissement, dans un cas d'hypertension légère dépendant d'une aortite et associée à la sténose mitrale chez un sujet à la fois syphilitique et rhumatisant, et dans le dernier cas d'hypertension essentielle associée à une sténose mitrale compensée; chez les femmes, il s'agissait dans trois cas d'hypertension essentielle associée à une sténose compensée et dans le dernier d'hypertension par décompensation au cours d'une sténose rhumatismale. M. oppose l'hypertension par décompensation chez les mitraux, c'est-à-dire l'hypertension dans la sténose mitrale, à l'hypertension essentielle avec sténose mitrale, probablement scléreuse, c'est-à-dire la sténose mitrale dans l'hypertension. Le pronostic est toujours meilleur chez les mitraux décompensés sans hypertension que chez les mitraux décompensés avec hypertension, chez les hypertendus essentiels sans sténose que chez les hypertendus avec sténose. LUCIEN ROUQUÈS.

A. Forconi (Sienne). ***Recherches hématologiques et biochimiques sur le sang splénique obtenu par ponction (premiers résultats hématologiques)*** [*Minerva medica*, an. 29, t. 1, n° 11, 17 Mars 1938, p. 278-281]. — F. a étudié dans 12 cas de splénomégalies à structure plus ou moins congestive le sang splénique recueilli par ponction et aspiration à la seringue et l'a comparé avec le sang des veines du bras prélevé sans arrêt de la circulation. Le sang splénique n'est sans doute pas exclusivement celui de la pulpe, car il peut venir en partie des vaisseaux, mais de toute façon, il ne peut avoir encore été très modifié par rapport au sang pulpaire; le sang splénique se rapproche du sang artériel par sa couleur rouge vive, sa coagulation facile et plus rapide que celle du sang veineux; dans 10 cas sur 12, il était plus riche en hématies que le sang du bras; les globules blancs sont un peu plus nombreux dans le sang splénique; les réticulocytes sont en même nombre dans les deux cas; la résistance globulaire diffère dans le sang splénique et dans le sang veineux; les hématies à résistance minima et résistance moyenne sont plus nombreuses dans le premier; il est rare que la résistance des hématies à résistance maxima soit aussi diminuée; le volume des globules rouges est légèrement inférieur dans le sang splénique ainsi que le diamètre moyen. Ces caractères montrent que le sang de la rate est un sang de réserve, sensibilisé à l'hémolyse, ce qui est d'accord avec les recherches de Greppi montrant que la bilirubinémie est plus forte dans le sang splénique que dans le sang périphérique. Dans un autre travail, F. exposera ses recherches sur le sang splénique des leucémies et sur le taux de la bilirubine, du glucose et des protéines dans le sang de la rate.

LUCIEN ROUQUÈS.

V. de Luca (Rome). ***Au sujet des lésions tuberculeuses contro-latérales régressant par le pneumothorax thérapeutique monolatéral*** (*Minerva medica*, an. 29, t. 1, n° 12, 24 Mars 1938, p. 321-329). — L'étude de L. porte sur 99 cas de tuberculose pulmonaire bilatérale traitée par le pneumothorax unilatéral; lorsqu'on institue un pneumothorax chez un malade ayant une tuberculose à prédominance unilatérale nette, le pneumothorax a dans la majorité des cas un effet favorable sur les lésions contro-latérales; pour que cet effet puisse se produire, il faut que le pneumothorax soit aussi précoce et aussi complètement efficace que possible sur le côté où il est institué; son action provient surtout de la suppression du foyer toxique le plus important; le déplacement du médiastin peut intervenir également mais exceptionnellement à lui seul. Ce sont les lésions surtout productives et rétractiles qui sont le mieux influencées et de la façon la plus durable par le pneumothorax contro-latéral; les formes exsudatives ne présentent qu'une amélioration habituellement transitoire ou sont aggravées dans une proportion plus importante des cas que les formes productives. L'échec du pneumothorax controlatéral peut s'expliquer par le défaut du pouvoir de défense de l'organisme et par l'existence d'adhérences pleuro-pulmonaires précoces au niveau du poumon contro-latéral qui ne permettent pas la réparation des lésions et favorisent leur développement. LUCIEN ROUQUÈS.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA
(Stockholm)

S. I. de Vries (Amsterdam). ***La forme ictérique de la fièvre ganglionnaire (mononucléose infectieuse)*** [*Acta medica Scandinavica*, t. 95, n° 6, 11 Juin 1938, p. 552-566]. — Le pléomorphisme de la fièvre ganglionnaire est bien connu, les symptômes cardinaux restant la fièvre, les adénopathies multiples et la lympho-mononucléose. Dans les 3 cas relatés par V. et concernant tous des enfants, les signes cliniques se bornaient à un ictère du type catarrhal plus ou moins accusé, mais d'allure bénigne, comme dans le cas rapporté par Schmidneyni. Ni la fièvre, ni l'adénopathie n'étaient assez marquées pour avoir une valeur diagnostique. Ce qui permit de rattacher ces cas à la fièvre ganglionnaire, ce furent l'examen hématologique, qui montra une formule sanguine typique de mononucléose infectieuse, et le test des anticorps de Paul et Bunnell (agglutination des hématies de mouton par le sérum des malades fortement dilué).

Les cas bénins d'ictère sont fréquents et on les considère généralement comme secondaires à une infection intestinale. Il est possible que certains cas soient des exemples de mononucléose infectieuse. Les cas d'ictère catarrhal un examen hématologique tieuse. Aussi à l'avenir devra-t-on faire dans tous et un test de Paul-Bunnell. Dans le véritable ictère infectieux on trouvera une lymphocytose relative, une déviation vers la gauche de la formule d'Arneth, sans cellules atypiques, et particulièrement sans les cellules plasmatiques lymphocytoïdes caractéristiques, et sans réaction de Paul-Bunnell. P.-L. MARIE.

NORDISK MEDISINSK TIDSSKRIFT
(Stockholm)

Nils Faxèn. ***Une épidémie nosocomiale de paratyphus*** (*Nordisk Medisinsk Tidsskrift*, n° 28, 9 Juillet 1938, p. 1092-1094). — F. décrit une épidémie de 1937 dans la maternité de Goteborg. 24 adultes et 15 enfants nouveau-nés furent infectés de paratyphus B. L'intérêt est surtout attaché au développement de la maladie chez les nourrissons, des auteurs récents ayant décrit des cas se développant sans symptômes, contrairement à la conception classique. De tels cas peuvent bien avoir une grande importance épidémiologique.

Dans l'épidémie décrite par F. les adultes eurent des maladies marquées, un très grand nombre d'entre elles montrant une fièvre continue de 3 à 4 semaines, roséole et splénomégalie.

La maladie des nourrissons contrasta remarquablement avec celle des adultes. Tous les enfants sauf un n'eurent pas de symptômes du tout, la constatation de bacilles à part. L'exception fut une fillette nourrie artificiellement, qui mourut de méningite. Un autre enfant eut des bacilles dans les fèces pendant 7 mois; chez tous les autres les bacilles disparurent très vite. J.-H. VOGT.

ZEITSCHRIFT für VITAMINFORSCHUNG
(Berne)

W. Neuweiler. ***La détermination du degré de saturation de l'organisme en vitamine C.*** (*Zeitschrift für Vitaminforschung*, t. 7, n° 2, 1938, p. 128-138). — La détermination de l'acide ascorbique du sang qui a été préconisée par divers auteurs constitue une méthode commode d'appréciation du degré de saturation. N. a pu, grâce à elle, établir que la vitamine C du sang reste normale pendant la menstruation mais diminue pendant la gestation et pendant l'allaitement.

En comparant les données de cette méthode avec celle qui consiste à administrer 300 *mg.* d'acide ascorbique par jour jusqu'au moment où 50 pour 100 de la dose est éliminée en 12 heures avec l'urine, N. a établi que cette dernière manière de faire est soumise à des causes d'erreurs: la dose administrée et le mode d'administration modifient, en effet, les proportions éliminées avec l'urine. Cette méthode se montre cependant suffisante et utile à condition qu'on ne calcule pas les résultats en milligrammes, mais qu'on compte simplement en journées nécessaires pour arriver à la saturation. Dans ces conditions, on peut parler d'hypo-vitaminose quand la saturation n'est obtenue qu'entre le 5e et le 6e jour. D'une façon générale, on ne dispose pas de méthode vraiment spécifique. Toutes celles qui sont utilisées reposent uniquement sur le pouvoir réducteur de l'acide ascorbique, pouvoir qui, contrairement à celui de beaucoup d'autres substances également réductrices, se manifeste même en milieu acide.

La méthode de l'indophénol a été également utilisée par N. et semble pouvoir donner des chiffres tout à fait sûrs. A des cobayes soumis à un régime scorbutigène, on a fait prendre de l'urine de personnes auxquelles de la vitamine C était administrée dans le but de déterminer le degré de saturation. On a ainsi constaté que les résultats de la méthode biologique étaient identiques à ceux que donnait la méthode titrimétrique à l'indophénol.

D'autre part, en comparant chez une série de femmes les résultats de l'analyse du sang et de l'analyse de l'urine on a constaté un parallélisme étroit. Quand le taux du sang dépassait 1 *mg*, il fallait, en moyenne, 3 jours pour obtenir la saturation; avec un taux de 1,2 dans le sang, 2,2 jours suffisaient et inversement, avec 0,6 à 0,75 dans le sang, il en fallait 5,5. D'une façon générale, on peut déduire de ces chiffres qu'un taux de 0,8 à 0,95 *mg* pour 100 *g.* de vitamine C dans le sang est parfaitement suffisant. Il faut cependant noter qu'on distingue deux types d'élimination de la vitamine C. Dans l'un, le seuil rénal serait faible tandis que dans l'autre, il serait élevé. On doit donc tenir également compte de ce fait dans l'appréciation du déficit d'après l'analyse sanguine et par suite n'admettre comme réellement insuffisants que les chiffres inférieurs à 0,6. Pour les chiffres allant de 0,6 à 1, l'examen du sang à lui seul ne permet pas de conclure.

P.-E. MORHARDT.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAL DES PRATICIENS
(Paris)

G. Marion. ***Des symptômes révélateurs de la tuberculose rénale au début*** (*Journal des Praticiens*, t. 52, n° 27, 2 Juillet 1938, p. 433-436). — La tuberculose rénale peut être reconnue par hasard au cours d'un examen d'urines, pratiqué pour tout autre cause que la recherche du bacille de Koch. C'est une bonne pratique de faire faire systématiquement l'examen bactériologique des urines lorsqu'on pratique d'autres recherches.

L'hématurie spontanée, ou même succédant à un choc ou à une chute, ne doit pas être rapportée nécessairement au traumatisme. Celui-ci ne fait parfois que mettre en évidence une lésion antérieure. Certaines sont discrètes, d'autres plus importantes. Toute hématurie doit faire rechercher systématiquement la tuberculose.

La pyurie discrète ou évidente est un des symptômes qui doit attirer l'attention.

La réaction vésicale est une des manifestations les plus fréquentes de la tuberculose rénale, même au début. Ce sont bien souvent des phénomènes de cystite qui amènent les malades à consulter.

La douleur du côté d'un rein peut aussi attirer l'attention. C'est relativement rare. Enfin, des phénomènes généraux ne faisant pas leurs preuves par ailleurs, amaigrissement, lassitude, température, peuvent être les premiers symptômes. Tous ces signes doivent provoquer un examen bactériologique des urines et l'inoculation au cobaye qui démontrera la réalité de la tuberculose rénale.

Robert Clément.

REVUE DE CHIRURGIE
(Paris)

H. Annes-Dias (Rio de Janeiro). ***Le déséquilibre métabolique post-opératoire en chirurgie abdominale*** (*Revue de Chirurgie*, an. 57, n° 5, Mai 1938, p. 321-345). — Nous ne saurions trop insister sur la valeur de ce travail qui mérite d'être lu et médité par tous les chirurgiens. A.-D. rappelle les travaux de Leriche, de Bufalini. Personnellement il a montré l'influence de la pression barométrique sur les suites opératoires. Mais il y a trois grands syndromes métaboliques post-opératoires: la toxicose protéinique, la déshydratation, l'acidose; et deux organes dont l'insuffisance physiologique entraîne les troubles plus ou moins graves: le foie et les capsules surrénales.

L'ablation des organes, indépendamment même du traumatisme chirurgical, détermine une rupture d'équilibre dans l'organisme qui est d'autant plus marquée que la lésion est minime, et l'exérèse précoce, comme si l'organisme n'avait pas encore eu le temps de procéder spontanément à des compensations. Ce qui, contrairement à certaines opinions, justifie les opérations pratiquées pour des lésions constituées, les résultats étant d'autant plus satisfaisants que la lésion est plus grave. Ces considérations montrent l'importance de la collaboration médico-chirurgicale.

J. Okinczyc.

R. Leriche et **A. Jung** (Strasbourg). ***Importance pathologique de la calciurie*** (*Revue de Chirurgie*, an 57, n° 5, Mai 1938, p. 346-377). — La calciurie est relativement stable. Elle représente un véritable test du calcium endogène. Elle dépend directement des réserves calciques que constitue le squelette et seulement très secondairement de l'alimentation. Elle est en moyenne de 0 g. 150 par litre d'urine. L'hypocalciurie est habituelle dans la tétanie, mais surtout dans la tétanie parathyréoprive.

La transplantation d'os purum diminue ou abolit les crises sans changer le fond de la maladie.

La sympathectomie cervicale moyenne ou la neurectomie sinucarotidienne active les parathyroïdes et a une action curative dans la tétanie spontanée.

Dans les fractures, il y a une phase d'hypercalciurie à une période tardive de leur évolution.

Les ostéites fibrokystiques *localisées* ont une calciurie normale. Dans les formes *généralisées*, l'hypercalciurie est nette.

La calciurie est variable dans l'ostéomalacie. Hypercalciurie dans des métastases secondaires. Dans l'ostéoporose post-traumatique localisée la calciurie est normale; augmentée dans les formes extensives et diffuses.

Les rapports de la lithiase rénale avec l'hyperparathyroïdie, avec hypercalciurie sont, d'après L. et J., particulièrement intéressants.

J. Okinczyc.

ANNALES DE L'INSTITUT PASTEUR
(Paris)

J. Magrou. ***Contribution à l'immunité humorale chez les plantes*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, t. 60, n° 6, Juin 1938, p. 565-598)). — Des expériences très intéressantes ont été poursuivies sur le *Pelargonium zonale* et le *Chrysanthemum frutescens*. Ces plantes sont atteintes de tumeurs dont les agents sont des bactéries. Le suc des tumeurs provoquées sur ces plantes par le *Phytomonas tumefaciens* agglutine constamment cette bactérie à un taux qui peut atteindre à 1/10.000. Le suc des tiges portant les tumeurs n'agglutine que quatre fois sur cinq. Le pouvoir agglutinant des plantes non inoculées se distingue nettement de celui des tumeurs ou des tiges qui les portent par l'existence d'un phénomène de zone généralement très accentué.

L'agglutination observée ne semble pouvoir être attribuée ni à une attraction chimiotactique par des cristaux, ni à l'acidité des sucs végétaux, ni au tannin des tumeurs. Le suc des tumeurs et des tiges qui les portent précipite les extraits du *Phytomonas* ou autres bactéries pathogènes pour les plantes. Ce pouvoir précipitant n'existe pas dans le suc des plantes non inoculées. Il est atténué par le chauffage.

Les *Pelargonium* portant une tumeur en évolution présentent une immunité partielle vis-à-vis des réinoculations en ce sens que le plus grand nombre de celles-ci échouent. Mais cette immunité se double d'une hypersensibilité qui se traduit par des phénomènes d'intoxication locale ou générale.

De cet ensemble de faits, il résulte que l'infection par le *Phytomonas tumefaciens* du *Pelargonium* ou de l'anthémis, qui se manifeste localement par la production d'une tumeur, entraîne, en outre, une modification générale du milieu intérieur de la plante décelable par les méthodes sérologiques. Les phénomènes d'agglutination des bactéries et de précipitation de leurs extraits sous l'action des sucs végétaux peuvent être rapprochés de ce qui se passe en immunologie animale.

Robert Clément.

ARCHIVES D'OPHTALMOLOGIE
(Paris)

L. Weekers et **Mlle H. Reginster.** ***Un nouveau syndrome : iritis, ulcères aigus de la bouche et de la vulve ; sa parenté avec l'iritis récidivante à hypopion*** (*Archives d'ophtalmologie*, t. 2, n° 8, Août 1938, p. 697-705). — Les dermatologistes ont attiré récemment l'attention sur la triade suivante, propre à la femme: aphtes de la bouche, ulcérations vulvaires aiguës, iritis; c'est en 1928 que Carol décrivit la nouvelle entité clinique. W. et R. en profitent pour parler de l'iritis récidivante à hypopion, affection bilatérale soit d'emblée soit progressivement. La cécité en est l'aboutissant habituel. Probablement elle est de nature tuberculeuse et W. et R. proposent de l'appeler « uvéite allergique récidivante à hypopion », appellation d'attente à reviser éventuellement.

A. Cantonnet.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Berlin)

Alfred Marchionini, Rudolf Schmidt et **Josefa Kiefer.** ***Revêtement acide de la peau et défense contre les bactéries. Deuxième communication. Différences régionales de la défense contre les bactéries et du pouvoir de désinfection de la surface de la peau*** (*Klinische Wochenschrift*, t. 17, n° 21, 21 Mai 1938, p. 736-739). — Etant donné que la peau semble capable, par acidification, de se défendre contre les germes pathogènes, il y avait lieu d'admettre que dans les régions faiblement acides ou alcalines ce pouvoir de désinfection devait être diminué. Pour vérifier cette hypothèse, on a déterminé le *pH* d'une région cutanée clairement délimitée. Cette région a été ensuite ensemencée avec une suspension de prodigiosus puis on a ensemencé des plaques d'agar avec des tampons d'ouate avec lesquels on avait frotté un segment de la région en question. On a déterminé ensuite le nombre des colonies ainsi obtenues. Ces recherches ont été poursuivies chez 31 adultes et 9 enfants à peau saine. Dans les régions nettement acides, comme par exemple au niveau du cuir chevelu, on a constaté que le prodigiosus disparaît en 3 heures. En comparant la face interne de l'avant-bras qui est fortement acide avec l'aisselle qui est faiblement acide ou alcaline, on constate dans la première région que le prodigiosus disparaît rapidement alors qu'il persiste beaucoup plus longtemps dans l'aisselle. On est arrivé à des constatations analogues en comparant la cuisse (acide) avec la plante du pied (alcaline), le dos (acide) avec la région anale (faiblement acide ou alcaline), etc.

Chez l'enfant, les différences au point de vue du *pH* ne sont pas aussi accusées que chez l'adulte, aussi les différences au point de vue bactéricide ne sont guère marquées. D'ailleurs, d'une façon générale, chez les nourrissons, le revêtement acide détermine une diminution rapide du prodigiosus et la flore d'accompagnement est moins développée, ce qui confirme que la concentration d'ions d'hydrogène est décisive à ce point de vue.

Le séjour dans une caisse chauffée par des lampes à incandescence augmente, comme Marchionini l'avait démontré déjà antérieurement, l'acidité de la surface de la peau. Il était donc intéressant de savoir si, dans ces conditions, le

pouvoir bactéricide augmentait. Les expériences ont montré qu'il en était bien ainsi et on s'explique que beaucoup de dermatoses bactériennes ou mycosiques soient améliorées par les bains de sudation de ce genre.

Il n'est d'ailleurs pas douteux qu'à côté des propriétés physicochimiques il intervient dans le pouvoir désinfectant de la surface de la peau d'autres facteurs, notamment la constitution ellemême de la peau, l'action de la lumière, la dessiccation, les lysines, etc.

P.-E. Morhardt.

Carla Pohl. ***La furonculose est-elle une maladie allergique ?*** (*Klinische Wochenschrift*, t. 17, n° 21, 21 Mai 1938, p. 741-744). — Les infections staphylococciques, bien que très fréquentes chez les enfants, chez lesquels elles déterminent du pemphigus, de la folliculite, de l'impétigo, des abcès et des phlegmons diffus, n'ont presque jamais pour conséquence, à cet âge, des furoncles typiques avec nécrose centrale et membrane pyogène. Par contre, on connaît des réactions cutanées allergiques qui évoluent avec une nécrose centrale. Il y avait donc lieu de se demander si le furoncle ne pourrait pas être considéré comme une réaction d'hypersensibilité de la peau à l'égard des staphylocoques. D'autre part, on remarque au cours de l'enfance que le nombre des tuberculino-positifs augmente graduellement. Ces considérations ont amené P. à poursuivre des recherches sur des séries de cobayes dont une partie fut d'abord infectée par les bacilles de la tuberculose de façon à donner, au bout d'un certain temps, une réaction tuberculinique positive. Une fois ce résultat obtenu, on a provoqué une réaction staphylococcique en badigeonnant la peau du ventre par une suspension de staphylocoques. Pour être sûr du pouvoir infectieux, les staphylocoques provenaient de cultures récentes de pus ou de sang. Quand ils n'avaient pas été rendus allergiques par l'injection tuberculeuse, les animaux ont présenté au bout de 24 heures une infiltration de 12 à 20 *mm.* de diamètre. Au bout de 48 heures, la tuméfaction, qui avait augmenté, commençait à devenir fluctuante au centre et à l'examen histologique on pouvait constater dans le derme un amas compact de leucocytes mais pas de membrane pyogène. Parfois d'ailleurs les abcès souscutanés ont régressé et se sont desséchés.

Quand il s'agissait d'animaux allergiques, il s'est toujours formé une nécrose centrale nettement limitée et entourée d'une zone hyperémique. Les réactions étaient beaucoup plus vives que chez les animaux de contrôle. Il a été, de plus, constaté des différences nettes entre les animaux dont la réaction tuberculinique avait été très marquée (réaction en cocarde) et ceux chez lesquels la réaction avait été moins vive. L'infection staphylococcique n'était pas, chez ces derniers animaux, très différente de ce qu'elle était chez les animaux témoins. Un certain nombre d'animaux rendus allergiques par des bacilles tués ont, par contre, présenté des nécroses plus importantes. Chez les nourrissons, on a procédé à des épreuves intracutanées avec une suspension de staphylocoques stérilisés à 70°. Chez les sujets tuberculino-positifs il n'a pas été constaté d'hypersensibilité à l'égard de ce vaccin.

Quoi qu'il en soit, l'allergie tuberculinique paraît capable de modifier très profondément l'évolution des infections staphylococciques de façon à permettre l'apparition de la furonculose. D'ailleurs, P. a également établi que la vaccination contre la diphtérie par un toxoïde formolé détermine des réactions plus énergiques chez les enfants tuberculino-positifs que chez les tuberculinonégatifs. Enfin, chez quelques adultes et chez un enfant atteints de furonculose, la réaction à la tuberculine a été fortement positive.

P.-E. Morhardt.

Alfred Marchionini et Rudolf Schmidt. ***Revêtement acide de la peau et défense contre les bactéries. Troisième communication. Les différences régionales de la croissance des bactéries à la surface de la peau*** (*Klinische Wochenschrift*, t. 17, n° 22, 28 Mai 1938, p. 773-775). — Au cours de recherches poursuivies avec le prodigiosus, M. et ses collaborateurs ont eu l'occasion de constater des différences en ce qui concerne non seulement ce microbe mais encore les autres hôtes habituels de la peau. M. et S. ont donc repris ces recherches en utilisant une nouvelle méthode (« méthode de la cloche ») dans laquelle ils utilisent une sorte de verre à ventouse pourvu d'un anneau métallique grâce auquel le dispositif est fixé dans une région quelconque. Une fois le dispositif placé sur la peau, on introduit par l'ouverture supérieure une couche de 1 *cm.* de bouillon de culture. Au bout de 3 minutes, on verse le contenu dans un verre stérile et on en répand 1 goutte sur une plaque d'agar. Cette méthode, qui ne comporte aucune gêne pour le malade, a été appliquée d'abord à 29 sujets sains. En disposant les résultats ainsi obtenus selon la concentration des ions H du lieu de provenance, on constate que les régions acides (de pH 5 à 3) offrent de mauvaises conditions de croissance pour des bactéries. Par contre, les lacunes du revêtement présentant une réaction faiblement acide ou alcaline offrent aux germes des conditions de développement optimum. Ces dernières régions se distinguent d'ailleurs généralement par une plus grande humidité et par un certain degré de macération.

La flore ainsi déterminée varie également d'une façon qualitative. Alors que dans les régions acides les bactéries rencontrées présentent une certaine uniformité, dans les autres, au contraire, elles sont très diverses.

Cette méthode a été également utilisée pour déterminer le pouvoir de défense du revêtement acide. Le bouillon introduit dans la ventouse avait été pour cela préalablement ensemencé avec du prodigiosus et un prélèvement était pratiqué toutes les 10 minutes. On a ainsi constaté que, dans les régions acides, le nombre des prodigiosus diminue pendant les 90 premières minutes pour remonter ensuite. Après un bain de sudation qui augmente l'acidité de la peau cette diminution des prodigiosus du bouillon est encore plus accusée.

P.-E. Morhardt.

W. Weslaw, B. Wronski, A. Wroblewski et B. Wroblewski. ***Symptomatologie et évolution chez les rats de l'hypervitaminose A consécutive à l'administration entérale, sous-cutanée et percutanée d'une préparation concentrée de vitamine A. Première communication. Administration per os et sous-cutanée de vitamine A*** (*Klinische Wochenschrift*, t. 17, n° 22, 28 Mai 1938, p. 777-781). — La question de l'hypervitaminose A n'est encore que très incomplètement connue. Sa symptomatologie est elle-même discutée. W. et ses collaborateurs ont cherché à compléter ces lacunes en procédant à des recherches sur les rats nourris avec un mélange d'orge et de blé.

Avec une des préparations utilisées (Cresavit, préparation polonaise, à doses variant de 6.000 à 50.000 unités internationales par jour) l'état général a été peu touché. Par contre, les poils ont commencé à tomber à partir du 7e jour en même temps que la couche superficielle de l'épiderme tombait; de sorte que la peau, devenue glabre, prenait pour quelque temps une teinte rosée. Cette alopécie a été plus marquée avec des doses moyennes. En outre, on constatait au niveau du museau et au nivau des paupières des lésions qui doivent être attribuées pour une part à l'action directe du médicament. Enfin, chez un certain nombre d'animaux, il s'est produit des fractures spontanées avec des épanchements sanglants et un gonflement des testicules avec priapisme.

Avec une autre préparation (Vogan, préparation allemande, à des doses variant de 60.000 à 120.000 unités internationales par jour) on a fait des constatations analogues. Les animaux de contrôle traités avec le véhicule de la vitamine A (huile de sésame) n'ont présenté aucune altération pathologique.

L'administration sous-cutanée a déterminé des phénomènes presque identiques. Les différences constatées doivent être attribuées surtout au fait que la résorption par le tissu sous-cutané se faisait plus lentement que la résorption intestinale.

P.-E. Morhardt.

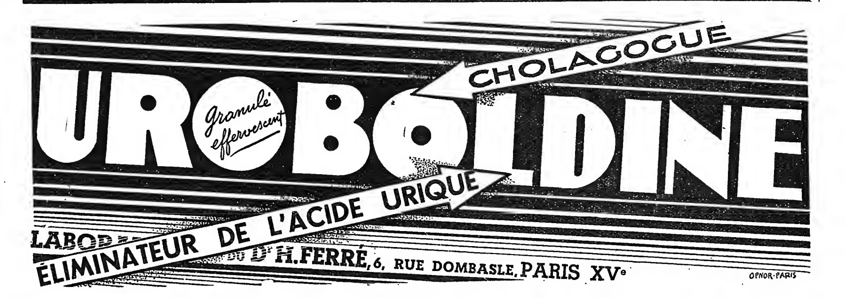
Paul Grumbrecht, Friedrich Keller et Arnold Loeser. ***Les effets des rayons Roentgen sur la structure et la fonction du lobe antérieur de l'hypophyse*** (*Klinische Wochenschrift*, t. 17, n° 23, 4 Juin 1938, p. 801-805). — Grumbrecht et ses collaborateurs ont étudié les effets des rayons Rœntgen sur la teneur de l'hypophyse en hormone thyrotrope et gonadotrope. Des recherches en ce sens, qui avaient déjà été poursuivies, avaient donné des résultats contradictoires; de plus, ces recherches s'étaient limitées aux résultats anatomiques, ce qui, dans l'état actuel de nos connaissances, n'est pas suffisant. Les nouvelles investigations poursuivies chez des rats et des lapins femelles ont consisté à déterminer quantitativement la teneur de l'hypophyse en hormone thyrotrope et gonadotrope en même temps qu'à examiner les modifications histologiques présentées tant par cette glande que par la thyroïde et par l'ovaire.

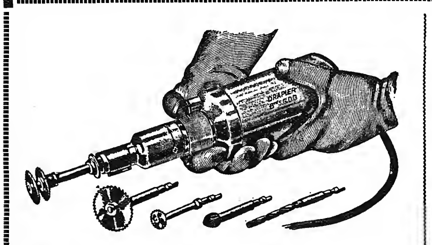
Il a été ainsi constaté que, sous l'influence de ces doses de rayons Rœntgen, la teneur de l'hypophyse en hormone thyrotrope et gonadotrope n'est pas appréciablement modifiée. L'état général des animaux n'avait d'ailleurs pas non plus subi de modification. Le cycle génital est resté le même quand l'irradiation a atteint des doses de 500 à 600 R. Par contre, avec des doses de 900 à 1.200 R, l'œstrus a été retardé. En procédant à une irradiation fractionnée pour augmenter les doses totales on est arrivé à déterminer des modifications importantes de l'état général mais pas d altération histologique de l'hypophyse. Sous l'influence de ces irradiations fractionnées, le glycogène du foie a diminué dans des proportions considérables (0,01 à 1,29 contre 3,20 à 4,80 pour 100, chiffres normaux). En même temps les deux hormones ont fortement augmenté dans l'hypophyse. Il semble s'agir là d'un phénomène dû à un trouble dans le mécanisme de l'élimination de cette incrétion. Effectivement, la thyroïde ni les ovaires ne présentaient des altérations montrant qu'il circulait dans l'organisme des quantités anormalement élevées d'hormone thyrotrope ou gonadotrope. Les mêmes doses d'irradiation appliquées sur d'autres régions du corps n'ont pas eu de retentissement sur l'état général.

P.-E. Morhardt.

Rudolf Keller. ***Groupes électriques et médecine pratique*** (*Klinische Wochenschrift*, t. 17, n° 23, 4 Juin 1938, p. 807-810). — Etant donné qu'ils se passent au niveau de surfaces extrêmement étendues, les phénomènes électriques cellulaires, bien que très faibles, jouent cependant un rôle important.

En ce qui concerne le diabète sucré, on s'occupe surtout des parties de l'organisme qui sont électronégatives comme le sérum du sang, la lymphe, le liquide céphalo-rachidien, etc., et on néglige les 2/3 de l'organisme constitué principalement par des muscles ou des organes parenchymateux électropositifs. Ces derniers souffrent dans le diabète d'une carence d'hydrate de carbone. Contrairement à ce qui se passe dans le sérum, ces organes contiennent trop peu de glycogène, de phosphate et de potassium. Chez ces malades, non seulement le sucre mais aussi toutes les substances


CHOLAGOGUE
UROBOLDINE
Granulé effervescent
ÉLIMINATEUR DE L'ACIDE URIQUE
DU Dr H. FERRÉ, 6, RUE DOMBASLE, PARIS XVe
OPNOR-PARIS



électronégatives connues sont mal répartis. Il y a notamment diminution de la tension électrique entre parenchyme (+) et sérum (—). Dans ces conditions, le diabète doit être considéré comme un cas particulier de « dédifférenciation » des tissus. Même sous l'influence de l'insuline ces malades restent diabétiques, conservent leur faiblesse musculaire, leur envie de dormir, leur insuffisance de phosphates dans les muscles et dans les glandes.

Dans le même ordre d'idée, Siedek et Zuckerkandl ont contribué à montrer que le soir le sujet sain augmente ses réserves de Na qu'il abandonne après le repos de la nuit. Nonnenbruch a également constaté que le soir le sujet sain a en réserve 500 à 1.000 *g.* d'eau de plus que le matin. Ces phénomènes sont en relation avec des variations du potentiel électrique. D'une façon générale d'ailleurs on doit admettre que dans la maladie le potentiel électrique diminue. Il en est ainsi dans l'inflammation séreuse, dans certaines intoxications par la diphtérie. Inversement certains médicaments, comme le pyramidon, la digitale, la quinine, augmenteraient le potentiel.

Il y a effectivement des médicaments qui augmentent et d'autres qui diminuent ces tensions électriques. Il en est d'autres qui migrent comme des particules positives alors que d'autres migrent comme des particules négatives. Seule l'expérimentation permet de savoir quelles sont à ce point de vue les propriétés de tel ou tel médicament. Les méthodes utilisées pour ces recherches sont encore très primitives et les résultats auxquels on arrive sont assez contradictoires. Ainsi le pyramidon, qui élève le potentiel, devrait chasser les hydrates de carbone dans les parenchymes. C'est en réalité le contraire qu'on observe.

Ces recherches ont cependant montré que les hormones sexuelles féminines sont actives à des doses bien plus faibles si on les administre *per os* en même temps que des sels appartenant au groupe du potassium. Il en serait de même pour le pyramidon administré après du sucre ou des substances appartenant également au groupe du potassium que les jus de fruits, par exemple, contiennent assez abondamment.

Le médecin aurait donc à observer ses malades du point de vue de leur habitus électrique. Quelques expériences avec des crudités, la privation de sel, l'administration de potassium ou de vitamines, pourraient donner des indications. En tout cas, ce facteur électrique est décisif au point de vue du vieillissement et de la résistance contre la maladie ou contre la fatigue.

P.-E. Morhardt.

G. W. Parade et **K. Kindler.** ***Adénome insulaire guéri par l'opération*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **17**, n° 23, 4 Juin 1938, p. 810-813). — Jusqu'ici il n'a été déclaré en Allemagne que 2 cas dans lesquels l'existence d'un adénome insulaire fut diagnostiqué *in vivo*, de sorte que l'opération permit de faire disparaître des symptômes hypoglycémiques menaçants.

Le nouveau cas de P. et K. concerne un infirmier de 56 ans qui présentait des troubles paroxystiques séparés par des périodes de bien-être. Chez ce malade, la glycémie, le matin à jeun, était en moyenne de 53 *mg.* pour 100 *g.* Ses accès étaient caractérisés par des sueurs; ils survenaient avant les repas et ils étaient provoqués par la faim ou par des efforts physiques violents; par contre, ils disparaissaient sous l'influence de sucre ou d'hydrates de carbone; enfin, il y avait hypoglycémie et augmentation insuffisante de la glycémie après adrénaline. Au cours de ces accès, le malade présentait une agitation extraordinaire et se livrait à toutes sortes d'actes absurdes.

Le diagnostic d'adénome insulaire put être fait parce qu'une hypofonction des surrénales, de l'hypophyse ou de la thyroïde n'était certainement pas en jeu.

On procéda donc à une intervention qui permit de découvrir au milieu du corps du pancréas une tumeur de la grosseur d'une cerise, se distinguant nettement du reste du tissu de la glande et qui put être enlevée facilement. Les suites opératoires furent sans aucune complication et ultérieurement la glycémie évolua de 100 à 130 *mg.* pour 100 *g.*

L'examen microscopique de la tumeur montre qu'il s'agit d'un tissu à cellules épithéliales présentant un gros protoplasma et très pauvre en vaisseaux: le diagnostic d'adénome insulaire est donc confirmé.

P.-E. Morhardt.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT *(Leipzig)*

C. Riebeling. ***Le problème de l'œdème cérébral*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **63**, n° 38, 17 Septembre 1937, p. 1440-1442). — Le gonflement cérébral, comme l'œdème cérébral, représentent des états cliniques graves dont l'importance est considérable dans la chirurgie cérébrale.

Outre leur apparition lors de tumeurs intracraniennes, on peut les redouter dans d'autres cas; en particulier lors des diphtéries toxiques, de l'urémie, de la catatonie, et même, selon Schluter et Never, parfois au cours des péritonites. On admet que l'hypertension intracranienne est due à un excès de liquide, véritable œdème cérébral. Cependant il est possible anatomiquement de différencier un œdème et un gonflement cérébral. On croyait que ces phénomènes différaient par les localisations du liquide intracellulaire dans le gonflement intercellulaire, dans l'œdème. Les recherches de R. lui ont montré qu'il peut y avoir une augmentation réelle des substances constitutives cellulaires. Outre l'augmentation possible de certaines substances difficilement dosables, telles que les lipoïdes, il faut tenir compte en effet d'un accroissement des substances protéiques.

L'utilisation en thérapeutique de ces notions demeure une question intéressante.

G. Dreyfus-Sée.

MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

Sachs. ***Troubles du système nerveux végétatif (ataxie végétative) consécutifs à la grippe*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **85**, n° 9, 4 Mars 1938, p. 313-318). — Depuis quelques années on observe des séquelles nerveuses consécutives à la grippe aussi bien dans ses formes légères que lors des cas graves. Ces troubles nerveux, auxquels on a attribué le nom d'ataxie végétative, paraissent affecter essentiellement les centres et les ganglions périphériques du système nerveux végétatif. Presque toujours des symptômes ont fait penser à une encéphalite abortive; en outre, l'herpès zoster est très fréquemment signalé, de telle sorte que sa parenté avec la grippe peut être soupçonnée. Les cas chroniques offraient tous quelques symptômes infectieux manifestes.

Des considérations pathogéniques et thérapeutiques terminent ce travail qui comporte une dizaine d'observations choisies parmi les 130 cas étudiés par l'auteur.

G. Dreyfus-Sée.

Ackermann. ***La sudation après pilocarpinélectrophorèse, en tant que test du tonus parasympathique cutané*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **85**, n° 9, 4 Mars 1938, p. 318-321). — L'application de pilocarpine par électrophorèse cutanée détermine une transpiration de degré variable qui permet de décrire 5 types progressifs de réactions.

Des recherches en série ont montré que les peaux normales réagissent habituellement selon le type 3, moyen. De nombreux examens pratiqués chez des sujets atteints d'affections cutanées montrent que les variations d'intensité de la réaction fournissent des indications sur le tonus du parasympathique.

Moins précise que le test adrénalinique, cette épreuve facile à réaliser et immédiatement lisible fournit par conséquent des éléments utilisables pour le diagnostic et la thérapeutique.

G. Dreyfus-Sée.

J. Paul. ***Nouvelles études épidémiologiques sur la poliomyélite aux Etats-Unis*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **85**, n° 12, 25 Mars 1938, p. 430-434). — La poliomyélite est considérée de façon assez diverse par les écoles américaines. Parmi les travaux cliniques et épidémiologiques on peut souligner quelques faits essentiels:

1° Il faut reconnaître que, durant les épidémies, le nombre accru des formes abortives permet d'expliquer la limitation de l'extension et l'apparition de l'immunité des adultes.

2° Des essais cliniques ont été faits pour supprimer la porte d'entrée nasale en appliquant sur la muqueuse des solutions astringentes. L'appréciation des résultats de cette expérimentation demeure cependant encore réservée.

3° La découverte récente du virus dans les selles de malades aigus ou convalescents pourrait avoir une grande importance étiopathogénique. La mise en évidence de ce virus dans les selles de sujets ayant présenté des formes bénignes, abortives indiquerait la possibilité d'un mode d'extension important.

4° La connaissance de souches de virus très différentes par leurs propriétés souligne la vanité des recherches qui consistent à essayer de résoudre le problème par injection au singe d'une seule espèce de virus.

Il faut savoir aussi que certaines souches déterminent facilement l'infection par voie sous-cutanée ou intraveineuse à l'inverse de certaines autres.

Toutes ces données sont importantes pour les recherches sur l'épidémiologie humaine.

G. Dreyfus-Sée.

Winkler. ***Contribution à la pathogénie du mélæna des nouveau-nés*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **85**, n° 13, 31 Mars 1938, p. 476-477). — Le mélæna des nouveau-nés a été observé à la clinique obstétricale de W. dans la proportion de 1 cas pour 647 naissances.

La répartition des cas montre leur plus grande fréquence en hiver. Les cas rares, estivaux, surviendraient chez des enfants nés de femmes dont la situation sociale serait très déficiente.

Ces données étiologiques, confirmées par un cas récent pour lequel la notion de carence était plus manifeste encore, amènent W. à émettre l'hypothèse que le mélæna des nouveau-nés serait lié à une hypovitaminose C.

Le traitement par l'acide ascorbique paraît hautement efficace dans ces hémorragies intestinales précoces.

G. Dreyfus-Sée.

Kolb. ***Les relations entre la fertilité et l'âge chez la femme*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **85**, n° 14, 8 Avril 1938, p. 502-505). — A l'aide d'une série de graphiques portant sur 59.117 cas obstétricaux ou gynécologiques, K. établit que les limites de la fertilité féminine s'établissent de 12 à 49 ans. L'optimum serait dans la 23e année. La participation du groupe des plus jeunes est restreint, puis très rapidement les chiffres augmentent jusqu'au maximum. Après

celui-ci, la courbe va en décroissant lentement, puis s'abaisse nettement après la 30e année et plus rapidement encore après la 40e année. Une étude des statistiques comparées d'avant et après guerre montre les différences dans chaque groupe: la fertilité des jeunes étant retardée et le nombre des naissances relativement limité durant les années d'après-guerre.

G. Dreyfus-Sée.

LA PRENSA MEDICA ARGENTINA (Buenos-Aires)

M. Castex, E. S. Mazzei et M. Blanco. ***Bronchectasie hémoptoïque et moniliase pulmonaire*** (*La Prensa Medica Argentina*, t. 25, n° 18, 4 Mai 1938, p. 853-857). — Observation d'un malade de 51 ans, qui présente des troubles pulmonaires chroniques avec hémoptysies.

La bronchographie montre une dilatation des bronches marquée, et l'on met par ailleurs en évidence dans l'expectoration une mycose du type *moniliase* levuriforme.

Les troubles cèdent à la médication *iodée*.

Il faut toujours rechercher, dans des cas analogues, l'association d'une mycose avec la dilatation bronchique, association qui relève d'une thérapeutique efficace.

G. d'Heucqueville.

E. Ciotola. ***Le kala-azar et l'ontogénie de la trypanosomiase*** (*La Prensa Medica Argentina*, t. 25, n° 18, 4 Mai 1938, p. 874-882). — C. rappelle les caractères cliniques du kala-azar: fièvre, hypertrophie splénique, perturbations de la formule sanguine, éruptions cutanées. L'on met d'ordinaire en évidence des *leishmania* dans l'endothélium des capillaires.

C. rapporte *4 observations d'érythème* avec urticaire, dans lesquelles il a pu incriminer un kala-azar fruste. Il a mis en évidence la présence de *leishmania*, et dans un cas de *leptospires*, ces dernières représentant un stade évolutif du *trypanosome*.

Il existerait donc un kala-azar américain, d'agent pathogène différent du kala-azar asiatique et méditerranéen.

G. d'Heucqueville.

THE JOURNAL of the AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (Chicago)

L. Willien. ***Le traitement des méningites à méningocoques par la sulfanilamide*** (*The Journal of the American medical Association*, t. 110, n° 9, 26 Février 1938, p. 630-632). — Dans cette communication préliminaire, W. apporte 5 cas de guérison de méningite méningococcique sans sérum, uniquement par la sulfanilamide. Plusieurs de ces cas n'ont même reçu aucune injection intrarachidienne de la drogue. Voici la technique utilisée par W.:

1° Injection sous-cutanée initiale et unique d'une forte dose de solution à 0,8 pour 100, à la dose totale de 5 cg. par kilogramme corporel;

2° Administration buccale de sulfanilamide toutes les 4 heures, jour et nuit, à des doses variables suivant le poids et l'âge du sujet et l'intensité de la maladie, mais ne dépassant pas 1 *g.* toutes les 4 heures;

3° Continuation de la thérapeutique, à doses décroissantes, pendant 10 jours après disparition des signes cliniques et biologiques, pour éviter les rechutes;

4° Administration de bicarbonate de soude à la même dose que la sulfanilamide pour combattre l'acidose.

Les observations de guérison de la méningite méningococcique par la sulfanilamide sont maintenant assez nombreuses pour que l'on ne puisse plus douter de la grande efficacité de cette thérapeutique.

R. Rivoire.

J. R. Veal. ***Facteurs de mortalité dans la gangrène artérioscléreuse : étude comparative de 214 cas d'intervention chirurgicale*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. 110, n° 11, 12 Mars 1938, p. 785-790). — De cette importante statistique, V. tire les conclusions suivantes:

1° Les facteurs de mortalité essentiels après intervention pour gangrène sont, dans l'ordre d'importance: l'étendue et l'ancienneté de la gangrène, l'âge du malade, la présence de fièvre avant l'intervention, le siège de l'amputation, le développement de récidive, l'infection après intervention;

2° V. insiste sur l'importance des soins pré- et post-opératoires, qui sont presque aussi indispensables chez les artério-scléreux que chez les diabétiques: en particulier le traitement des infections préopératoires, les traitements toni-cardiaques, l'administration continue de liquides, particulièrement de sérum glucosé.

Grâce à l'amélioration de cette thérapeutique, V. a pu améliorer de plus de 10 points sa statistique à quelques années d'intervalle.

R. Rivoire.

J. Schour. ***Métabolisme du calcium et appareil dentaire*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. 110, n° 12, 19 Mars 1938, p. 871-877). — Dans ce très intéressant article, S., particulièrement qualifié, résume les recherches récentes sur l'influence des troubles du métabolisme calcique et des lésions endocriniennes sur l'appareil dentaire. Voici l'essentiel de cet article:

1° Il faut d'abord distinguer entre la dent adulte, qui est un organe absolument insensible à toutes les altérations du métabolisme calcique et des glandes endocrines, et la dent jeune, dont la croissance peut être modifiée par ces facteurs;

2° Les recherches expérimentales et les examens histologiques ou kymographiques des dents chez les hyperparathyroïdiens ont montré que les dents n'étaient pas une réserve de calcium, et qu'elles n'étaient en rien altérées par les modifications les plus considérables du métabolisme calcique. Il est donc impossible d'établir une relation entre la tendance aux caries et les processus généraux de décalcification, du moins chez l'adulte;

3° Au contraire, les dents jeunes sont très sensibles à toute modification du métabolisme calcique, et à la plupart des troubles endocriniens: c'est ainsi qu'on peut observer des altérations de l'incisive du rat après parathyroïdectomie, adrénalectomie, gonadectomie.

R. Rivoire.

G. Hassim. ***Lésions nerveuses causées par les injections intraveineuses de glucose*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. 110, n° 13, 26 Mars 1938, p. 948-949). — H. rapporte 8 cas de lésions du médian survenues après injections intra-veineuses de glucose; lésions surtout sensitives, sauf dans 1 cas. La cause précise de ces lésions nerveuses n'est pas élucidée: peut-être s'agit-il de piqûre du médian par l'aiguille à injection, ou de compression par un hématome, ou de lésions directes du nerf par la solution sucrée extravasée. Il est en tout cas utile de connaître la possibilité de cet accident, d'ordinaire bénin, mais toujours long.

R. Rivoire.

T. Spies et C. Aring. ***L'action de la vitamine B_1 sur la névrite périphérique de la pellagre*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. 110, n° 14, 2 Avril 1938, p. 1081-1084). — S. et A. ont obtenu une guérison très rapide des névrites périphériques qui s'observent fréquemment dans la pellagre par des injections intraveineuses de vitamine B_1 cristallisée. Au contraire, cette médication n'a eu aucune action sur les lésions des muqueuses, en particulier sur la glossite et la stomatite, qui étaient très rapidement guéries par l'acide nicotinique. Cette observation montre que la pellagre n'est pas due à une carence élective, mais bien à l'absence de plusieurs facteurs vitaminiques du complexe B dans l'alimentation.

R. Rivoire.

J. Page. ***Aspects médicaux du traitement chirurgical de l'hypertension*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. 110, n° 15, 9 Avril 1938, p. 1161-1165). — Depuis quelques années, des efforts sérieux sont entrepris pour traiter chirurgicalement l'hypertension artérielle. De nombreuses interventions ont été essayées, pour la plupart sur des données théoriques incertaines. Cependant des résultats intéressants ont été observés dans certains cas. Parmi ces interventions, deux surtout paraissent avoir quelque valeur: la résection des racines antérieures des nerfs spinaux, et celle des nerfs splanchniques.

Vingt malades ont été traités par la résection des racines spinales antérieures, et neuf autres ont subi la résection du splanchnique et des ganglions thoraciques inférieurs.

1° *Résection des racines antérieures:* Il semble que les meilleurs résultats sont obtenus dans deux groupes de cas: les sujets relativement jeunes ayant un syndrome diencéphalique hypertensif, et les sujets ayant une hypertension maligne. L'amélioration du fond d'œil est particulièrement saisissante chez eux. Mais il s'agit d'une intervention difficile, dont les risques sont assez sérieux.

2° *Résection du splanchnique.* Il s'agit d'une intervention beaucoup moins grave. Mais les résultats, souvent favorables pendant quelques semaines ou quelques mois, sont beaucoup moins durables qu'avec la précédente intervention. Dans les 9 cas opérés, les symptômes étaient entièrement revenus un an après l'opération.

R. Rivoire.

S. Shelburne. ***L'usage rationnel de l'acacia dans le traitement du syndrome néphrose*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. 110, n° 15, 9 Avril 1938, p. 1173-1176). — L'acacia est utilisé assez largement en Amérique pour le traitement des néphroses, parce que ses solutions injectées par voie intraveineuse élèvent la tension osmotique du plasma et inversent le sens des échanges liquidiens. S. rapporte 3 cas de syndrome néphrose chez des malades atteints de néphrite chronique, très favorablement influencés par cette thérapeutique. Malheureusement, l'action de l'acacia n'est que temporaire, et, selon S., il ne peut s'agir que d'un traitement d'appoint: pour lui, le traitement de fond des néphroses doit être un régime riche en protéines animales.

R. Rivoire.

L. Shahinian, J. Bacher, R. Mac Naught et R. Newell. ***La chimioprophylaxie de la poliomyélite : technique de l'application d'agents chimiques sur la muqueuse olfactive*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. 110, n° 16, 16 Avril 1938, p. 1254-1257). — Les recherches de Schultz, qui a montré que l'application de sulfate de zinc à 1 pour 100 sur la muqueuse olfactive des singes empêchait la transmission de la poliomyélite à ces animaux, ont déterminé un essai à grande échelle de cette chimioprophylaxie chez l'homme. Mais, dans la pratique, les différents expérimentateurs ont éprouvé de sérieuses difficultés techniques et se sont heurtés à un facteur très gênant, la violente douleur consécutive à ces applications. S. et ses collaborateurs exposent dans cet article une méthode simple


DRYCO


Tophol

d'application, basée essentiellement sur une inversion complète de la tête du sujet, avec horizontalité de la ligne basale du crâne, et sur l'introduction lente du liquide le long de la surface interne du dos du nez, sur la marge vestibulaire.

Ils ont déterminé également la quantité minimum de liquide nécessaire pour immerger complètement la membrane olfactive, car les douleurs violentes sont dues pour une grande part à l'injection de trop fortes quantités d'antiseptique: 0 cm^3 5 pour les enfants de 10 à 14 ans, et 0 cm^3 25 pour les adultes.

R. Rivoire.

N. Royle. ***Le drainage du liquide céphalo-rachidien dans le traitement de l'hydrocéphalie, de la syringomyélie et de la syringobulbie*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **110**, n° 16, 16 Avril 1938, p. 1264-1266). — Dans cet article, R. rapporte quelques cas de malades améliorés, selon lui, par l'ablation du ganglion stellaire, qui aurait pour effet d'augmenter le drainage du liquide céphalo-rachidien en produisant une vaso-dilatation cérébrale. Le moins que l'on puisse dire de ses observations, c'est qu'elles ne sont pas convaincantes, et qu'il lui faudra rassembler un nombre de cas beaucoup plus considérable avant d'entraîner des imitateurs.

R. Rivoire.

A. Master, S. Dack et **H. Jaffé.** ***L'infarctus coronarien post-opératoire*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **110**, n° 18, 30 Avril 1938, p. 1415-1418). — M., D. et J. ont observé 35 cas d'infarctus du myocarde post-opératoire à l'hôpital Mont-Sinaï entre 1931 et 1937. Il s'agissait de malades âgés pour la plupart de plus de 60 ans, qui souffraient de maladie coronarienne plus ou moins nette depuis longtemps. Dans 60 pour 100 des cas, l'intervention avait déterminé un shock, et il est fort probable que le ralentissement circulatoire dû à ce shock a joué un rôle capital dans le déterminisme de l'infarctus.

Cliniquement, l'occlusion coronarienne est survenue presque toujours dans les trois premiers jours après l'intervention; elle s'est manifestée par des symptômes très analogues à ceux de l'embolie pulmonaire: dyspnée, cyanose, shock. La douleur cardiaque était d'ordinaire modérée ou nulle.

La mort survint dans 66 pour 100 des cas.

Au point de vue pratique, il faut connaître la possibilité de cet accident post-opératoire chez les coronariens, et ne se résoudre chez eux à une intervention chirurgicale qu'en cas de nécessité absolue.

R. Rivoire.

NEDERLANDSCH TIJDSCHRIFT VOOR GENEESKUNDE

(Amsterdam)

G. A. Lindeboom et **J. E. B. Wientjes.** ***Pseudo-tabes dans la sprue*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. 82, n° 19, 7 Mai 1938, p. 2260-2267). — On admettait jusqu'ici que dans la sprue tropicale ou non tropicale on ne constatait aucun autre phénomène neurologique que des paresthésies. Mais il a été publié un certain nombre d'observations qui montrent que des symptômes intéressant spécialement les réflexes tendineux ou témoignant de névrite peuvent également se manifester. Ainsi, par exemple, Manson décrit 2 cas de sprue au cours desquels il est survenu des symptômes intéressant les voies pyramidales.

L. et W. ont eu l'occasion d'observer une femme de 60 ans qui présente de la diarrhée; à l'examen, on constata un amaigrissement considérable (46 *kg.* 600) et de l'anémie hyperchromique légère. Cette femme a d'ailleurs fait plusieurs séjours à Java où elle s'est mal portée et a présenté de la diarrhée. L'examen des urines donna un résultat normal. A l'examen coprologique, il y avait diarrhée grasse. Dans le suc gastrique, on ne trouva pas d'acide libre; la glycémie atteignait à jeun 0,06 pour 100 et, après administration de 50 *g.* de glucose, ne dépassait pas 0,093. En même temps on constata des troubles neurologiques: disparition des réflexes patellaires et achilléens ainsi que des réflexes abdominaux; sensibilité superficielle diminuée au niveau de certains nerfs, mais sensibilité profonde intacte. Les pupilles présentaient de l'anisocorie et étaient toutes deux de forme ovale; la réaction à la lumière était minime à gauche et absente à droite, et la réaction à la convergence était vive.

L'idée d'une association de sprue et de tabes dorsal ne pouvait guère être envisagée, étant donné que la réaction de Wassermann et Sachs-Georgi était négative dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien. Les symptômes de polynévrite n'obligeaient pas à penser à l'alcool puisque, aujourd'hui, ces syndromes sont considérés comme des phénomènes de déficience par alimentation insuffisante ou par défaut d'assimilation du facteur antianémique.

D'autres auteurs, et notamment Weir et Adams ont déjà signalé des troubles de la réaction pupillaire dans des cas de stéatorrhée idiopathique.

Chez la malade de L. et W. la sprue a guéri sous l'influence du traitement par le régime et le foie, mais les troubles neurologiques ne furent pas modifiés bien que pendant un mois on ait pratiqué des injections sous-cutanées de vitamine B_1 ainsi que de vitamine B_2. Il en est d'ailleurs quelquefois de même dans la polynévrite alcoolique où, malgré l'administration de vitamine B, les symptômes neuroanémiques persistent.

P.-E. Morhardt.

A. M. Meerloo. ***Cure d'insuline et de barbiturique dans la dépression*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. **82**, n° 19, 7 Mai 1938, p 2267-2272). — L'insuline a été utilisée par M. dans la psychose de la lactation et dans certaines formes de Basedow. D'autre part, la cure de sommeil par les barbituriques a donné des succès dans la schizophrénie et surtout dans les dépressions. L'association de ces deux méthodes qui évite les effets toxiques des hypnotiques, n'exige pas, comme l'insuline seule, un personnel entraîné; de plus, l'état de nutrition reste bien meilleur que par des cures de sommeil exclusivement.

La méthode est semblable à celle de la cure de sommeil ordinaire. On administre un barbiturique, par exemple, XXX gouttes de somnifère trois fois par jour, en augmentant progressivement les doses. La dose du matin est, en général, injectée pour éviter les nausées. En outre, on injecte aux malades 10 à 15 unités d'insuline suivant leur poids, trois fois par jour en s'arrangeant de façon que l'injection ait lieu deux heures avant les repas. La glycémie doit naturellement être surveillée, et on ne doit pas descendre au-dessous de 65 *mg.* pour 100 *g.* à jeun. La dose la plus forte a été de 40 unités d'insuline trois fois par jour. Après la cure, qui dure en général 15 jours, on cesse les deux médicaments et on injecte alors trois fois par jour 100 *mg.* de caféine pour hâter l'élimination du barbiturique. Au total, il a été traité ainsi 32 malades dont 28 entre Novembre 1936 et Avril 1938. Dans 2 cas il y avait névrose d'obsession et le résultat a été très peu important. Dans 3 cas il y avait *amentia puerperalis* et le traitement a donné deux fois un succès. Dans 1 cas de psychopathie, il n'y a eu aucun résultat. Dans 17 cas de dépression, le résultat immédiat a été quinze fois favorable. Un sujet atteint d'hébéphrénie a guéri complètement.

En somme, cette cure d'insuline et de barbiturique donne des succès dans les états de dépression. Si on connaît bien la technique de la cure de sommeil et si la glycémie est surveillée, le malade ne court aucun risque.

P.-E. Morhardt.

C. L. C. van Nieuwenhuizen. ***Périodes de Luciani cause de crises de Stokes-Adams. Les relations entre la respiration de Cheyne-Stokes et les crises de Stokes-Adams*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. 82, n° 23, 4 Juin 1938, p. 2801-2807). — Pour étudier les arythmies on utilise à peu près exclusivement l'électrocardiographe, bien que cette méthode ait l'inconvénient de ne pas donner d'indication sur l'énergie des contractions cardiaques. N. évite cet inconvénient en s'adressant également à l'enregistrement de pouls au moyen de la manchette d'un oscillomètre et à l'inscription des excursions du thorax. Des recherches de ce genre ont été faites chez 3 sujets, 2 hommes et une femme, présentant des crises de Stokes-Adams et un bloc total ou partiel.

Dans l'un de ces cas, concernant un homme de 71 ans avec artériosclérose marquée, le pouls, dont la fréquence était constante, présentait des variations d'intensité considérables: à des phases où le pouls était marqué, en succédaient d'autres où il devenait très petit au point de ne plus pouvoir être perçu par le doigt. A ce moment survenait un petit accès de Stokes-Adams: le malade devenait pâle, ne réagissait plus quand on l'interpellait et présentait des petites contractions dans les membres; enfin, le pouls commençait à reprendre de l'amplitude en même temps que les couleurs et la conscience revenaient. La respiration ne présentait pas le phénomène de Cheyne-Stokes.

Chez un deuxième malade de 73 ans, avec artériosclérose importante intéressant le cerveau, les accès de Stokes-Adams se succédaient rapidement et en même temps il y avait respiration de Cheyne-Stokes nette mais sans modification du pouls. On constatait parfois chez ce malade des variations du pouls analogues à celles du cas précédent et plus ou moins marquées. Chez ce malade, après la phase d'apnée, le pouls se ralentissait au point de déclencher parfois un nouvel accès.

Ces faits enseignent entre autres choses qu'un accès de Stokes-Adams peut être consécutif aussi bien au ralentissement du pouls qu'à la diminution du débit par pulsations.

Chez le troisième malade, il y avait bloc total avec augmentation et diminution périodique de l'amplitude du pouls.

En somme, les alternances de groupements de contractions cardiaques fortes et de groupements faibles, constatées chez ces malades, ne dépendent pas de la périodicité de la respiration ni des rapports entre les contractions auriculaires et ventriculaires. Effectivement, ces périodes surviennent sans que les fonctions respiratoires présentent des phénomènes semblables; elles apparaissent parfois au cours d'une respiration de Cheyne-Stokes; elles peuvent également s'observer dans un bloc partiel 2/1.

Ces périodes présentent une ressemblance avec les périodes de Luciani, qui s'observent quand le cœur de grenouille sur lequel on a pratiqué la seconde ligature de Stannius, au-dessus de la limite atrio-ventriculaire est placé dans des conditions défavorables. Mais dans les courbes de N. on ne trouve pas de pauses importantes.

Les périodes de Luciani ou des périodes analogues s'observent assez fréquemment. Dans le cas d'une femme de 24 ans, atteinte de lésions congénitales du cœur, N. a constaté par électrocardiographie l'existence d'une parathymie au cours de laquelle la formation de groupes est clairement visible. Wenckebach, de Boer, Kuenen, Kaaskooper, etc., ont également observé des faits de ce genre.

P.-E. Morhardt.

IL POLICLINICO [*Sezione medica*]
(Rome)

F. Corelli (Rome). ***Le phénomène de la réactivation histaminique des manifestations allergiques cutanées et viscérales*** (*Il Policlinico, sez. medica*, t. **44**, n° 10, 1er Octobre 1937, p. 491-501). — Si l'on injecte sous la peau d'un sujet ayant une manifestation allergique cutanée telle que l'érythème noueux une dose d'histamine de 0,8 à 1 *mg.*, on observe le phénomène de la réactivation histaminique : la rougeur des éléments cutanés augmente, un cercle d'érythème plus ou moins diffus se forme souvent autour d'eux et de nouvelles taches érythémateuses apparaissent dans des zones de peau saine; cette réaction, qui commence quelques minutes après l'injection et disparaît en 30 ou 40, existe aussi pour l'urticaire quelle que soit son origine, l'œdème de Quincke, les éruptions sériques, l'érythème exsudatif polymorphe et d'autres manifestations érythémato-exsudatives infectieuses ou non, les éruptions des fièvres éruptives et du typhus exanthématique bénin, les exanthèmes toxi-allergiques, etc... Toute cuti ou intradermo-réaction positive peut être réactivée par l'histamine; certaines manifestations viscérales allergiques également, telles que certaines manifestations exsudatives pulmonaires ainsi que le montrent l'auscultation et l'examen radiologique, l'ictère dit catarrhal où l'on constate parfois l'augmentation de la bilirubinémie et de la courbe glycémique après administration de lévulose, la glomérulo-néphrite diffuse aiguë où l'albuminurie et l'azotémie peuvent augmenter. La réactivation histaminique est-elle caractéristique des manifestations allergiques ou peut-elle se produire au niveau de tout foyer inflammatoire allergique ou non ? C. estime ne pas pouvoir donner encore de conclusions définitives.

Lucien Rouquès.

A. Pozzi (Rome). ***La cholémie saline dans ses rapports avec la bradycardie et le prurit des ictériques*** (*Il Policlinico, sez. medica*, t. **44**, n° 12, Décembre 1937, p. 593-604). — P. a dosé les sels biliaires du sang chez 50 malades atteints d'ictère de causes variées (cholécystites, cirrhoses, hépatites aiguës, obstructions par tumeur, kystes hydatiques, etc.) par la méthode de Chabrol, Charonnat et Cottet (réaction phospho-vanillique), méthode qu'il considère comme très spécifique et ayant une sensibilité supérieure à celle de toutes les autres; recherchant chez ces malades le prurit et la bradycardie, il est arrivé à la conclusion qu'il est impossible de mettre en évidence un rapport entre la présence ou l'absence de ces signes et le taux de la cholémie saline.

Lucien Rouquès.

F. Corelli (Rome). ***La glomérulonéphrite diffuse aiguë affection allergique ; thérapeutique de désensibilisation*** (*Il Policlinico, sez. medica*, t. **44**, n° 12, Décembre 1937, p. 605-635). — C. admet avec Masugi que la glomérulo-néphrite diffuse aiguë, à l'inverse de la glomérulo-néphrite en foyers, est une manifestation allergique se produisant au niveau de l'appareil vasculaire glomérulaire du rein; l'antigène peut être d'origine bactérienne, le plus souvent streptococcique dans les formes d'origine amygdalienne et peut-être dans les formes post-scarlatineuses, ou d'origine non bactérienne (médicaments, aliments, etc...); il faut insister sur l'importance du facteur constitutionnel, du terrain organique, du terrain allergique; le refroidissement agit dans ces manifestations rénales comme dans les autres affections *a frigore* (pleurésies, polynévrites, rhumatismes) en tant que facteur déclenchant aspécifique chez des sujets en état de sensibilisation.

C. préconise une thérapeutique de désensibilisation aspécifique : injection intraveineuse d'une solution comportant, pour 10 cm^3 de sérum physiologique, 1 *g.* d'hyposulfite de magnésium, 0 *g.* 80 de chlorure de calcium et 1 *g.* de glucose; les injections d'une quantité allant de 3 à 7 cm^3 sont faites un jour sur deux, puis tous les 3 jours, au nombre de 3 à 10. Dans 9 cas de glomérulo-néphrite diffuse aiguë, les résultats ont été très bons, rapides, supérieurs à ceux que toute autre méthode aurait donnés ; dans les glomérulo-néphrites en foyers, dans l'amylose rénale ou la néphrose lipoïdique, les résultats des injections sont nuls ou médiocres.

Lucien Rouquès.

IL POLICLINICO [*Sezione pratica*]
(Rome)

G. Galata (Rome). ***Sur le traitement chirurgical de l'hypertension artérielle*** (*Il Policlinico, sez. pratica*, t. **44**, n° 39, 27 Septembre 1937, p. 1817-1832). — Le traitement chirurgical de l'hypertension artérielle est une thérapeutique d'exception qui est indiquée dans les hypertensions paroxystiques graves et dans les cas d'hypertension permanente exclusivement ou principalement d'origine fonctionnelle, de degré élevé (maxima de 25 à 30 ou plus au Pachon), ne cédant pas à un traitement hygiénique et médicamenteux prolongé; le but du traitement est surtout d'écarter le danger d'un ictus ou de la mort prochaine. Deux méthodes ont été utilisées, la surrénalectomie unilatérale proposée par G. et qui doit être faite par voie lombaire, la splanchnicotomie proposée par Pende; il semble difficile de donner actuellement la préférence à l'une ou à l'autre et leurs résultats sont comparables; certes, la pression ne revient à la normale que dans une petite minorité des cas mais, presque toujours, la maxima diminue notablement (de 60 à 100 *mm.* de mercure), les douleurs angineuses s'atténuent beaucoup ou disparaissent et le danger de l'ictus ou de la mort rapide est conjuré; aucune suite fâcheuse n'est observée.

Antonucci a proposé récemment la thyroïdectomie; mais G. pense qu'elle ne doit être faite que chez les hypertendus irréductibles ayant des signes marqués d'hyperthyroïdisme; il serait intéressant de faire en pareil cas, à quelques mois d'intervalle, une surrénalcetomie unilatérale et une thyroïdectomie partielle.

Lucien Rouquès.

ANNALI DELL' ISTITUTO CARLO FORLANINI
(Rome)

R. Vercesi (Rome). ***Le pneumo-médiastin artificiel antérieur comme moyen de traitement des hémoptysies*** (*Annali dell' Istituto Carlo Forlanini*, t. **1**, n° 9, Septembre 1937, p. 9-24). — Condorelli a montré, en 1935, qu'il était possible de réaliser sans danger chez l'homme un pneumo-médiastin et que, contrairement aux données classiques, le médiastin formait deux loges, une antérieure et une postérieure, que l'on peut insuffler séparément; d'abord utilisé pour faciliter l'examen radiologique, le pneumo-médiastin a été ensuite employé par Caputi dans le traitement des hernies médiastinales; puis Lai a constaté que chez les tuberculeux l'air injecté avait tendance à se porter vers les régions malades et produisait une détente à leur niveau. V. a traité 7 hémoptysies graves par le pneumo-médiastin antérieur; tous les malades ont bien supporté l'intervention; chez 4, l'hémoptysie a cessé aussitôt après la première insufflation et chez deux, après la seconde; dans le dernier cas, elle ne s'est arrêtée qu'après plusieurs insufflations. Il est probable que l'action du pneumo-médiastin est analogue à celle du pneumothorax hémostatique et d'ordre mécanique; mais l'intervention d'un facteur réflexe n'est pas à exclure.

Lucien Rouquès.

ARCHIVIO ITALIANO DI ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA
(Rome)

O. Carere-Comes (Sienne). ***Syndrome de Banti et splénomégalie thrombophlébitique avec aires de Gamna*** (*Archivio italiano di anatomia e istologia patologica*, t. **8**, n° 2, Août 1937, p. 158-176). — Lichtenstein, Plenge ont soutenu récemment qu'il était impossible de faire le diagnostic de splénomégalie thrombophlébitique; cependant Gamna avait porté exactement le diagnostic chez le malade de 51 ans de l'autopsie duquel C. rapporte le compte rendu et qui présentait une grosse rate dure, réductible par l'adrénaline, de l'ascite, un foie non palpable, une anémie avec leucopénie et lymphocytose relative; il n'avait eu ni fièvre, ni hémorragies digestives; l'autopsie montra une thrombose tronculaire de la veine porte avec obstruction de la splénique et de la mésentérique supérieure par thrombose secondaire; la splénomégalie était du type congestivo-scléreux avec des lésions très avancées; la présence d'une stase veineuse intense dans la zone sous-capsulaire, de nombreux mégacariocytes dans les sinus veineux, le nombre des nodules scléro-sidérotiques la distinguaient des autres splénomégalies fibreuses. Les nodules de Gamna dans les splénomégalies thrombophlébitiques sont des lésions secondaires aux autres lésions spléniques; ils sont au contraire primitifs dans les splénogranulomatoses sidérosiques où ils sont beaucoup plus nombreux et où l'on trouve souvent les restes du processus granulomateux qui a précédé leur formation.

Lucien Rouquès.

E. Verdelli (Parme). ***Sur l'anatomie pathologique de la thrombo-angéite oblitérante (maladie de Léo Buerger)*** [*Archivio italiano di anatomia e istologia patologica*, t. **8**, n° 2, Août 1937, p. 200-235]. — V. rapporte l'observation anatomo-clinique d'un homme de 30 ans atteint de maladie de Buerger ayant nécessité une double amputation des membres inférieurs et ayant atteint les membres supérieurs dans les derniers mois; le malade est mort d'un infarctus intestinal par atteinte de la mésentérique supérieure. La lumière des artères était réduite et parfois effacée par une thrombose organisée; on notait un épaississement conjonctif de l'intima avec néoformation de fibrilles élastiques et prolifération de l'endothélium parfois si accusée qu'elle pouvait à elle seule amener l'oblitération de l'artère; on observait des vaisseaux de recanalisation et des pigments hématiques dans ce cas comme dans celui de la thrombose; la média était épaissie, l'adventice et le tissu péri-adventitiel aussi, mais moins constamment; les limitantes, surtout l'interne, étaient régulièrement épaissies; on ne trouvait de processus d'artérite et de phlébite aiguës qu'au niveau des vaisseaux des segments amputés. Des lésions analogues à celles des artères se retrouvaient au niveau des veines mais moins accusées et beaucoup plus circonscrites, sauf au niveau du funicule où les lésions veineuses l'emportaient. Les lésions vasculaires ont été retrouvées au niveau des membres, des iliaques, de la splénique, de la mésentérique et de la plupart des organes examinés; les coronaires et l'artère pulmonaire étaient peu touchées, les carotides, l'aorte et les vaisseaux cérébraux indemnes.

Au niveau du foie, les lésions vasculaires se poursuivaient jusque dans les espaces de Kiernan et s'accompagnaient de prolifération conjonctive


PERUBORE
COMPRIMÉS POUR
INHALATIONS ET GARGARISMES
Borate de Soude, Baume du Pérou,
Essences balsamiques —
(sans Menthol)
POUR CORYZAS, SINUSITES, LARYNGITES, TRACHEITES.
TOUX D'IRRITATIONS,
TOUX REBELLES, ENTRETIEN DE LA VOIX
TRAITEMENT DE L'ENROUEMENT PAR LE SIROP ET LES PASTILLES
EUPHON
Lab. MAYOLY-SPINDLER, 1, Place Victor Hugo, PARIS


LABORATOIRES UROMIL - PARIS
VITAGAR
A BASE DE VITAMINE B
MUCILAGE EXLUSIVEMENT VÉGÉTAL
ACTION PUREMENT PHYSIOLOGIQUE
TRAITEMENT RATIONNEL DE LA
CONSTIPATION
RÉGÉNÈRE LA MUSCULATURE INTESTINALE

et d'une importante infiltration surtout lymphomonocytaire; le tissu conjonctif néoformé riche en fibres élastiques se continuait rarement dans les travées de Remak des lobules voisins; on notait des néo-canalicules biliaires. Au niveau de la rate, du pancréas et des reins, on trouvait des lésions de sclérose secondaires aux lésions vasculaires.

La théorie inflammatoire n'a pu être soutenue que par ceux qui n'avaient étudié que les vaisseaux des membres amputés; la maladie est une endovascularite (surtout artérielle) chronique, compensatrice suivant la conception de Thomas; les processus artéritiques et phlébitiques aigus et les thromboses sont des lésions accidentelles.

LUCIEN ROUQUÈS.

ARCHIVIO DI PATOLOGIA E CLINICA MEDICA (Bologne)

E. Storti (Pavie). ***Etude sur la pathogénie de l'ascite dans le syndrome de péricardite adhésive chronique type Pick*** (*Archivio di patologia e clinica medica*, t. **17**, n° 4, Août 1937, p. 346-390). — La pathogénie de l'ascite au cours de la symphyse du péricarde est encore discutée; à côté des facteurs mécanique et inflammatoire, on peut se demander s'il n'intervient pas un trouble du métabolisme de l'eau, conséquence des altérations hépatiques; c'est ce que S. a recherché chez 7 malades atteints de symphyse, 5 ayant une ascite importante sans œdèmes malléolaires ou avec des œdèmes minimes, 1 ayant des œdèmes et n'ayant présenté qu'une ascite transitoire et peu abondante et le dernier n'ayant ni œdèmes, ni ascite; chez ces malades, la protéinémie était légèrement diminuée, la sérine abaissée et la globuline augmentée, le quotient albumineux inversé, la pression osmotique des protéines nettement diminuée; après ingestion d'eau ou injection de sérum, on notait une rétention hydrique sensible et le bilan hydrique tendait manifestement à être positif ; le liquide ascitique se comportait cliniquement, cytologiquement et bactériologiquement comme ceux d'épanchements dont la nature inflammatoire n'est pas certaine (cardiopathies, cirrhoses) ; il y avait des troubles indiscutables du fonctionnement du foie et à un moindre degré des reins ; on trouvait aussi dans tous ces cas un état d'insuffisance myocardique plus ou moins accusée et une élévation considérable de la pression veineuse. Dans la pathogénie de l'ascite, interviennent des facteurs nombreux; le trouble du métabolisme de l'eau sans doute d'origine hépatique a une importance considérable; le facteur inflammatoire local entre en jeu dans quelques cas mais n'est pas nécessaire. Comme Rehn, S. a réussi à reproduire l'ascite chez le chien en réalisant une péricardite irritative par application d'iode; il est à remarquer que l'on trouve chez ces animaux des dépôts fibrineux à la surface du foie qui a l'aspect glacé.

LUCIEN ROUQUÈS.

G. Rocchini et **L. Guzzi Piola** (Milan). ***Recherches et considérations sur le mécanisme de résorption des épanchements séreux*** (*Archivio di patologia e clinica medica*, t. **17**, n° 5, Octobre 1937, p. 391-411). — Au cours de la résorption des épanchements pleuraux, on observe très souvent une augmentation de la teneur totale en protéines, augmentation plus constante et plus accentuée dans les transsudats que dans les exsudats, avec diminution du rapport sérine-globuline par augmentation relative des globulines et baisse de la pression osmotique. La teneur en polypeptides des transsudats ne s'élève pas en général lors de leur résorption ; les phénomènes de protéolyse ne doivent donc pas jouer un grand rôle et la résorption dépend essentiellement de la modification des facteurs mécaniques et plasmatiques qui ont provoqué l'épanchement (retour à la normale de la pression de filtration et de la pression colloïdo-osmotique du sérum) et de l'intervention de la circulation lymphatique qui est chargée selon toute probabilité d'éliminer de la cavité pleurale les protéines résiduelles. Dans les exsudats, aux stades terminaux de la résorption, on trouve au contraire constamment une élévation du taux des corps aminés, restes des protéines plus ou moins profondément désintégrées, fait surtout mis en évidence par les dosages en série des polypeptides; dans la résorption des exsudats, un rôle important revient donc aux phénomènes de protéolyse dus à des ferments ayant une fonction peptique et tryptique.

LUCIEN ROUQUÈS.

ARCHIVIO DI SCIENZE BIOLOGICHE (Bologne)

F. P. Mazza et **F. Penati** (Turin). ***Sur la nature chimique du principe antipernicieux du foie*** (*Archivio di scienze biologiche*, t. 23, n°s 5-6, Octobre-Décembre 1937, p. 443-471). — On peut diviser en deux groupes les résultats des auteurs qui se sont efforcés d'élucider la composition chimique du principe antipernicieux du foie; les uns à la suite de Dakin et West admettent que le principe est un polypeptide dépourvu de sucres et de purines et ayant pour constituants principaux la proline, l'oxyproline, l'arginine, l'acide oxyglutammique, la leucine et la glycine ; les autres admettent que le principe se trouve dans les pentoses et à côté de ceux-ci, d'après Karrer et Subbarrow, dans les purines. Les recherches de M. et P. cadrent avec celles des auteurs du second groupe; ils estiment que les produits ayant dans l'anémie pernicieuse une activité antianémique contiennent une ptérine et un polypeptide lié selon toute probabilité à un nucléotide adéninique; mais il est possible, sinon probable, que l'activité des fractions efficaces ne soit due qu'à des traces d'autres produits.

LUCIEN ROUQUÈS.

P. Sacerdote (Turin). ***Action du climat de haute montagne et de la pression atmosphérique réduite sur la teneur du sang et des tissus en substances réduisant le 2-6 dichlorophénol-indophénol*** (*Archivio di scienze biologiche*, t. 23, n°s 5-6, Octobre-Décembre 1937, p. 477-503). — On sait que par le séjour en haute montagne, le glucose et le glutathion réduit du sang augmentent; S. a recherché si l'acide ascorbique avait le même comportement en le dosant dans le sang et dans les tissus par la méthode de Tillmans (réduction du 2-6 dichlorophénolindophénol). Chez le cobaye séjournant en haute montagne et soumis à un régime scorbutigène, la teneur en acide ascorbique des surrénales et du foie diminue dans un premier temps tandis qu'elle augmente fortement dans le sang; dans un deuxième temps, elle diminue dans le sang et augmente dans le foie; dans un troisième temps, elle diminue aussi dans le foie; chez le cobaye au régime normal et séjournant en haute montagne, l'acide ascorbique diminue d'abord dans les surrénales et augmente dans le sang et dans le foie, puis il diminue dans le sang et augmente peu à peu dans le foie et les surrénales jusqu'à doubler par rapport à la normale; chez le cobaye au régime normal et placé dans une atmosphère raréfiée, l'acide ascorbique ne varie pas dans le foie et augmente légèrement dans le sang. Il ne semble exister aucune relation entre les variations du nombre des hématies et la teneur en acide ascorbique chez les animaux au régime normal et au régime scorbutigène. Les cobayes au régime scorbutigène ne résistent pas beaucoup plus longtemps en haute montagne qu'en plaine. Pendant le séjour en haute montagne, le poids du foie augmente légèrement par rapport à celui du corps et le poids des surrénales diminue chez le cobaye au régime normal; le poids des surrénales augmente chez le cobaye au régime scorbutigène. Chez l'homme séjournant en haute montagne, l'acide ascorbique du sang augmente fortement vers la 3e semaine.

LUCIEN ROUQUÈS.

ARCHIVIO PER LE SCIENZE MEDICHE (Turin)

V. Scaffidi (Asmara). ***Caractères de la fièvre récurrente des hauts plateaux du nord de l'Ethiopie*** (*Archivio per le scienze mediche*, t. 64, n° 4, Octobre 1937, p. 333-394). — Ayant passé un an comme médecin de complément sur les hauts plateaux du nord de l'Ethiopie, S. a eu la possibilité d'étudier la récurrente à spirochètes; elle est transmise dans cette région par les poux dans le corps desquels on peut mettre en évidence le spirochète à la phase métacyclique ; l'épouillage arrête les épidémies; dans les parties des hauts plateaux qui dépassent 2.200 mètres, l'ornithodorus n'existe pas et dans celles qui sont comprises entre 2.200 et 1.800 mètres les conditions ambiantes entravent la conservation de la virulence des spirochètes dans le corps des tiques. Les rats sont peu réceptifs vis-à-vis du spirochète et les oiseaux pas du tout, ce qui incite à ranger le spirochète en cause dans le groupe d'Obermeyer. L'homme joue un grand rôle épidémiologique comme réservoir de virus.

Du point de vue clinique, quelques particularités sont à signaler : leucopénie initiale transitoire avec monocytose, puis leucocytose avec polynucléose neutrophile; peu de retentissement sur les fonctions rénales; atteinte constante du foie qui présente toujours, au cours des accès, des signes d'hépatite depuis les plus légers jusqu'à ceux des dégénérations massives les plus aiguës; fréquence du délire; syndrome méningé dépendant de phénomènes congestifs ou plus souvent traduisant un état urémique; rareté de phénomènes inflammatoires locaux des méninges; importance des phénomènes toxiques sous la dépendance de la lyse des spirochètes et cause habituelle de la mort. Quelques formes cliniques, pulmonaire, dysentérique, méningée, biliaire, ne doivent pas être méconnues sous peine de laisser l'épidémie prendre de l'extension.

LUCIEN ROUQUÈS.

P. Ljvraga (Pavie). ***Effets de l'énervation du foie sur le métabolisme des hydrates de carbone*** (*Archivio per le scienze mediche*, t. **64**, n° 4, Octobre 1937, p. 411-430). — Les effets de l'énervation du foie au niveau du hile ont été appréciés par les auteurs de façons très diverses ; des recherches de L., il résulte que l'énervation du hile ne provoque chez le chien normal que des modifications modérées de la glycémie, ramenée aux environs de sa valeur minima normale ; la courbe d'hyperglycémie provoquée au glucose est un peu abaissée; ces effets sont transitoires, s'atténuent peu à peu et disparaissent en trois mois ; la glycémie et la courbe d'hyperglycémie ne sont diminuées d'une manière appréciable par l'énervation que chez les chiens porteurs d'un diabète pancréatique expérimental ; encore faut-il noter que ces effets manquent dans les diabètes graves et sont inconstants dans les autres. L'hyperglycémie adrénalinique ne présente après l'énervation que des modifications de courte durée, ce qui prouve que l'adrénaline n'agit pas sur les nerfs du foie mais plus périphériquement. Ces recherches montrent qu'une thérapeutique éventuelle du diabète sucré par l'énervation du hile hépatique n'a pas de bases expérimentales suffisantes.

LUCIEN ROUQUÈS.

BULLETTINO DELLE SCIENZE MEDICHE

(Bologne)

G. Azzolini (Bologne). ***Action du déhydrocholate sodique par voie intraveineuse sur l'azotémie et l'azoturie à l'état normal et pathologique*** (*Bullettino delle Scienze mediche*, **109**e année, n° 3, Mai-Juin 1937, p. 183-217). — A. a étudié chez 3 sujets normaux et 23 azotémiques, les uns par lésions rénales, les autres par lésions extrarénales, le comportement de l'azotémie et de l'azoturie dans les 24 heures suivant l'injection intraveineuse de 10 cm^3 d'une solution à 20 pour 100 du sel sodique de l'acide déhydrocholique. Chez tous les azotémiques, il a noté une baisse de l'azotémie allant de 0 *g.* 85 à 0 *g.* 06 par litre, baisse se manifestant déjà vers la huitième heure; en même temps, l'azoturie totale a constamment augmenté, même chez les sujets n'ayant pas présenté une diurèse plus forte. Chez les sujets normaux, l'azotémie n'a pas varié dans 2 cas et a varié de 0 *g.* 06 dans le troisième; mais l'azoturie totale et par litre a augmenté. Chez deux azotémiques par glomérulonéphrite subaiguë et chez un azotémique par lithiase rénale bilatérale, une injection a été faite quotidiennement pendant 5 jours; chez le premier, l'azotémie est tombée de 0 *g.* 87 à 0 *g.* 43 en même temps que la diurèse et l'azoturie totale et par litre s'élevaient; chez le second, l'azotémie est tombée de 1 *g.* 56 à 0 *g.* 84 et à 0 *g.* 52 cinq jours après l'arrêt des injections; dans le cas de lithiase, l'azotémie est tombée de 4 *g.* 65 à 2 *g.* 12. Aucun malade n'a présenté de phénomènes toxiques dus au traitement.

La baisse de l'azotémie ne dépend pas d'une crise polyurique puisqu'elle se produit même lorsque la diurèse ne varie pas; l'augmentation de l'azoturie ne semble pas non plus la cause de la diminution de l'urée sanguine car il n'y a pas de rapport net entre elles; d'autre part, chez les sujets normaux, on note de l'hyperazoturie sans baisse de l'azotémie. LUCIEN ROUQUÈS.

LA CLINICA

(Milan)

J. Tomassini (Bologne). ***Remarques sur 26 cas de péritonite pneumococcique*** (*La Clinica*, an. 3, n° 7, Septembre 1937, p. 603-612). — Cet article est basé sur 26 cas de péritonite à pneumocoques observés en 5 ans chez des enfants de 3 à 9 ans en général, à la Clinique chirurgicale de Bologne; sur ces 26 cas, un seul a été observé chez un garçon, cas d'ailleurs assez spécial de péritonite secondaire survenue à l'âge de 2 mois et reconnue seulement à l'autopsie; pendant ces 5 années, un seul cas a été noté chez l'adulte. Le diagnostic est difficile, cependant sur ses 7 derniers cas, T. a pu le porter exactement 6 fois; la diarrhée précoce a été relevée dans 20 cas; l'herpès, beaucoup plus rare qu'il n'est classique de le dire, n'existait que dans 3 cas; la leucocytose, à laquelle T attache une grande valeur diagnostique, a été trouvée dans les 5 cas où elle a été recherchée et variait de 17.000 à 33.000; le pneumocoque n'a été mis en évidence dans les sécrétions vaginales que chez 3 malades.

La mortalité d'ensemble a été de 61,33 pour 100; sur 12 malades opérés, on compte 7 morts (58,33 pour 100), sur 14 malades non opérés ou opérés très tardivement, 9 morts (64,28 pour 100). Dans les formes graves septiques, la mort survient, qu'on opère ou non; dans les formes bénignes, la guérison survient, qu'on opère ou qu'on s'abstienne; néanmoins, T. estime que lorsque les symptômes tendent à s'atténuer, il est bon de faire tardivement une petite incision médiane sous-ombilicale pour aider l'évacuation du pus; lorsque la rémission ne se produit pas et qu'il y a les signes d'une péritonite diffuse avec grand épanchement libre, il est indiqué de faire sous anesthésie locale une petite ouverture destinée à drainer la cavité, sans d'ailleurs avoir grand espoir de guérison; il est inutile et dangereux d'enlever l'appendice.

LUCIEN ROUQUÈS.

A. Romeo (Bari). ***Le traitement hypothyroïdien dans les cardiopathies décompensées*** (*La Clinica*, an. **4**, n° 2, Février 1938, p. 142-153). — R. a traité 10 cardiaques en décompensation (lésions mitrales ou aortiques, myocardite chronique) par la radiothérapie du corps thyroïde ou l'antithyroïdine de Mœbius (XXX à XC gouttes par jour pendant 12 jours); il a constaté chez tous la diminution du métabolisme basal, diminution plus ou moins accusée suivant les cas; les tracés électrocardiographiques n'ont été modifiés que dans 3 cas où leurs anomalies n'ont d'ailleurs été influencées que d'une façon assez minime; la fréquence du pouls, la pression artérielle et l'épreuve de Varisco (série d'élévations des membres inférieurs) ont été modifiées d'une façon assez variable d'un malade à l'autre mais dans l'ensemble leurs variations ont correspondu à l'amélioration clinique. Cette thérapeutique antithyroïdienne a été parfaitement supportée et n'a aucune contre-indication.

LUCIEN ROUQUÈS.

FOLIA MEDICA

(Naples)

A. Francaviglia (Bari). ***L'emploi des analeptiques associés à la quinine dans le traitement de l'attaque de tachycardie paroxystique*** (*Folia medica*, t. 23, n° 16, 30 Août 1937, p. 849-866). — F. a utilisé dans 3 cas de tachyardie paroxystique (deux auriculaires, une ventriculaire) les injections intraveineuses de lactate de quinine associées à un analeptique, le cardiazol; l'adjonction de l'analeptique à la quinine a pour but de corriger les effets fâcheux de celle-ci, l'analeptique excitant la respiration et augmentant l'inotropisme; d'autre part, le cardiazol a une action favorable sur la circulation coronaire. Dans le premier cas de tachycardie auriculaire, la tachycardie a cessé moins d'une minute après l'injection qui avait déterminé des efforts de vomissement; dans le second cas, l'injection a été suivie presque immédiatement par la transformation du rythme nodal d'une fréquence de 240 en rythme sinusal d'une fréquence de 160; dans le cas de tachycardie ventriculaire chez une malade ayant des lésions valvulaires rhumatismales complexes, l'injection n'a produit qu'un ralentissement sans modification du rythme (240 à 170); une heure plus tard, la crise a cessé spontanément. A chaque injection, les malades recevaient 2 cm^3 du mélange cardiazol-lactate de quinine et 50 cg. de ce dernier.

LUCIEN ROUQUÈS.

RASSEGNA CLINICO-SCIENTIFICA DELL' ISTITUTO BIOCHIMICO ITALIANO

(Milan)

L. Jacchia (Padoue). ***L'endocardite méningococcique*** (*Rassegna clinico-scientifica dell' Istituto biochimico italiano*, an. **15**, n° 10, 15 Octobre 1937, p. 433-439). — Une femme de 21 ans présente pendant 15 jours une toux persistante sans autres signes; puis elle est prise de malaise et de céphalée; la température monte à 39° et de nombreuses vésicules miliaires entourées d'un liséré rougeâtre apparaissent sur l'extrémité des membres; la malade a pendant quelques jours des douleurs violentes avec rougeur au niveau d'un genou et d'un orteil, phénomènes qui régressent en grande partie. A l'entrée à l'hôpital, on ne constate guère qu'une splénomégalie légère et en particulier l'auscultation et la radioscopie du cœur sont négatives; la température est entre 39 et 40, mais irrégulière, avec des chutes brusques suivies de frisson et de réascension; une éruption papulo-vésiculeuse se produit sur le tronc. Le diagnostic reste hésitant jusqu'au moment où l'hémoculture montre du méningocoque; le traitement spécifique n'a pas le temps d'être institué car la malade est prise brusquement d'une défaillance cardiaque aiguë; on entend un gros souffle systolique mitro-aortique, et la mort survient en 2 jours, 15 jours après le début de l'élévation thermique. A l'autopsie, on trouve une endocardite ulcéro-végétante sur les valvules aortiques et le méningocoque est mis en évidence dans les végétations. LUCIEN ROUQUÈS.

CASOPIS LEKARU CESKYCH

(Prague)

Fingerland et **Janousek**. ***Téléangiectasie héréditaire hémorragique (Maladie de Rendu-Osler)*** [*Casopis lekaru Ceskych*, an. 77, n° 21, 27 Mai 1938, p. 649-656]. — L'observation rapportée concerne une femme de 27 ans, qui présenta, depuis son enfance et jusqu'à sa 22e année, des épistaxis exceptionnellement abondantes et récidivantes. On note, au niveau des avant-bras et sur le voile du palais, de multiples téléangiectasies, dont certaines ont un aspect angiomateux. Des épistaxis à répétition ont été retrouvées chez 10 membres de la famille. Les symptômes mentionnés montrent qu'il s'agit d'un cas de la maladie de Rendu-Osler. Les recherches histologiques prouvèrent l'existence de téléangiectasies papillaires. Les capillaires papillaires se thrombosent et des extravasations sanguines peuvent se produire au voisinage. On note également des signes d'organisation du thrombus et des hémorragies. La transformation hyaline des parois des téléangiectasies s'observe quelquefois, ce qui contribue à faire pâlir secondairement les efflorescences d'aspect angiomateux. Contrairement à d'autres auteurs, on n'a constaté aucune altération des fibres élastiques ni même du tissu collagène. Dans la pathogénie de la maladie, c'est l'épaississement des parois des vaisseaux pré-capillaires qui semble jouer le rôle essentiel. Cet épaississement est dû à l'hypertrophie de la couche adventitielle, musculaire ou endothéliale, hypertrophie qui engendre l'étranglement des vaisseaux déférents et, par suite, la dilatation des capillaires situés en aval, au niveau des papilles.


BIS-KA-MA
TRAITEMENT RATIONNEL ET PRATIQUE DES MALADIES ET AFFECTIONS GASTRO-INTESTINALES
VOIE STOMACALE
BIS-KA-MA
BISMUTH, KAOLIN COLLOÏDAL, MAGNÉSIE, MUCILAGE VÉGÉTAL
POUDRE
CONSTIPATION: UNE CUILLER A SOUPE LE MATIN A JEUN DANS UN VERRE D'EAU
ESTOMAC: UNE CUILLER A CAFÉ DANS UN PEU D'EAU AVANT OU APRÈS LES REPAS
BIS-KA-MA DRAGÉES MÊMES PRINCIPES ACTIFS QUE BIS-KA-MA POUDRE
BIS-KA-MA DRAGÉES
MODE D'EMPLOI: SUCER LENTEMENT 1 A 4 DRAGÉES AU MOMENT DES DOULEURS DES BRULURES OU DES MALAISES
VOIE RECTALE
BIS-KA-MA SUPPOSITOIRE
1 à 3 SUPPOSITOIRES PAR 24 HEURES
SITSA
GRANULÉ MUCILAGINEUX
BIS-KA-MA
PANSEMENT RECTO-COLIQUE
UNE MESURE DANS 75 cc D'EAU TIÈDE OU 2 MESURES DANS 150 cc SUIVANT
DU MÉDECIN
LABORATOIRES DU DOCTEUR PIERRE ROLLAND ET DURET & RÉMY RÉUNIS
SITSA
15, RUE DES CHAMPS
ASNIÈRES (SEINE)

REVUE DES JOURNAUX

GAZETTE DES HOPITAUX
(Paris)

Decoulx et Bastien. ***L'iléite terminale*** (*Gazette des Hôpitaux*, t. **111**, n° 44, 1er Juin 1938, p. 721-723). — L'iléite terminale est un syndrome de connaissance récente et de caractère mal défini. C'est une inflammation subaiguë ou chronique des parois de l'intestin grêle évoluant vers la sténose ou la perforation.

L'iléite se présente cliniquement sous des aspects très polymorphes. La forme aiguë simule l'appendicite, les formes chroniques sont confondues aisément avec toutes les affections iléo-cæcales: tuberculose, cancer, invagination. C'est fréquemment une surprise opératoire.

La nature inflammatoire manifeste de cette affection a fait rechercher un germe pathogène: plusieurs ont été incriminés sans qu'on puisse en fournir de preuves valables.

L'apparition de l'iléite terminale est favorisée par des éléments anatomiques provoquant la stase fécale par des torsions, coudures ou invaginations, par des corps étrangers, par le mégacolon et par l'appendicite aiguë ou subaiguë.

Il existe une forme occlusive ou subocclusive, une forme diarrhéique plus rare et une forme fistuleuse.

Dans les formes aiguës l'abstention s'imposerait, mais le diagnostic habituel de l'appendicite conduit à l'intervention. En présence de lésions d'iléite terminale, le chirurgien peut refermer simplement la paroi, mais il risque une perforation et d'être obligé de réintervenir. L'entérostomie met au repos le segment enflammé, mais n'a aucune action sur l'évolution ultérieure et les récidives. La résection intestinale s'impose dans les cas où la lésion est profonde, étendue ou perforée.

Dans les formes chroniques avec subocclusion, fistule ou diarrhée, la résection est le traitement de choix; dans les formes occlusives, une entérostomie précédera la résection. Même après celle-ci, on compte de 10 à 15 pour 100 de récidives.

ROBERT CLÉMENT.

ANNALES DE L'INSTITUT PASTEUR
(Paris)

R. Deschiens. ***Le rôle de la flore bactérienne associée à l'amibe dysentérique dans l'amibiase*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, t. **61**, n° 1, Juillet 1938, p. 5-31). — Les observations épidémiologiques et cliniques: épidémies saisonnières en zones d'endémie, foyers locaux d'amibiase, épidémies des armées en campagne, évolution différente de l'amibiase aux colonies et à la métropole, porteurs sains d'amibes dysentériques, ont suggéré l'hypothèse que l'amibe n'est pas tout dans l'amibiase et que la flore bactérienne intestinale qui l'accompagne est un facteur de la maladie.

Pour préciser l'action de la flore bactérienne associée à l'amibe dans l'amibiase, D. a repris l'étude de l'amibiase expérimentale du chat. Une souche d'amibe dysentérique est un complexe comprenant le protozoaire et une flore bactérienne généralement représentée par plusieurs espèces microbiennes. Ces deux éléments se sont montrés jusqu'à ce jour pratiquement inséparables et la flore bactérienne est nécessaire à l'amibe pour se perpétuer en culture.

Dans un premier groupe d'expériences portant sur 60 chats, l'inoculation de corps de bacilles typhiques et paratyphiques tués par l'alcool-éther en même temps qu'une souche d'amibes dysentériques porte le taux infectieux de celle-ci de 30 à 70 pour 100, c'est-à-dire que 14 chats sur 20 sont infectés au lieu de 6 sur 20. L'inoculation de corps bactériens seuls provoque une colite inflammatoire à tendance hémorragique, c'est celle-ci qui, sans doute, favorise l'adaptation pathogène de l'amibe dysentérique.

L'inoculation combinée de colibacilles pathogènes et d'amibes double le nombre des résultats positifs.

Les données d'anatomie pathologique montrent une intervention au moins auxiliaire des bactéries dans la dysenterie amibienne du chat et de l'homme.

De nouvelles recherches seront nécessaires pour préciser l'importance du rôle joué par les bactéries secondaires dans la maladie. Peut-être une modification éventuelle de la flore intestinale de l'homme permettra une prophylaxie individuelle de l'amibiase et une thérapeutique de cette affection.

ROBERT CLÉMENT.

P. Davy et Jean C. Levaditi. ***Rôle de la centrifugation dans la recherche du bacille de Koch par les procédés d'homogénéisation*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, t. **61**, n° 3, Septembre 1938, p. 300-312). — Les crachats des tuberculeux pulmonaires ne contiennent souvent qu'un nombre restreint de bacilles de Koch; dans ce cas, les frottis donnent des résultats insuffisants, malgré les examens prolongés et répétés. Les procédés d'homogénéisation remédient à cet inconvénient. Ils transforment le produit à examiner en un liquide homogène qui permet de collecter les bacilles, grâce à l'action de la pesanteur ou à celle plus puissante de la centrifugation.

Le pouvoir de concentration d'une homogénéisation est le rapport du nombre de bacilles constatés à celui décelé sur les simples frottis.

Le pouvoir de concentration de l'homogénéisation dépend du volume, de la température, de la viscosité du liquide et du centrifugeur. Pratiquement, elle varie avec la puissance de la centrifugation utilisée. Le pouvoir de concentration croît avec la vitesse et la durée de cette centrifugation, puis tend vers une limite en rapport avec le liquide centrifugé. Il est par exemple de 1,4 pour une vitesse de 1.000 tours-minute, 5,8 pour 2.000 t.-m., 14,2 pour 3.000 t.-m., 23,9 pour 4.000 t.-m., 37,9 pour 5.000 t.-m. Toutes choses étant égales, d'ailleurs, le pouvoir de concentration des homogénéisations croît donc comme le carré de la vitesse utilisée. Il varie aussi avec la durée de la centrifugation, puis tend vers une limite fixe. Actuellement, le procédé de Bezançon et Philibert, avec étuvation, associé à une centrifugation rapide et prolongée (5.000 t.-m. pendant 1 heure), réalise les meilleures conditions pour l'utilisation pratique des homogénéisations.

Si l'on compare la valeur des méthodes, on constate que l'examen d'un frottis pendant 1/2 heure fournit un résultat inférieur à celui d'une homogénéisation, avec centrifugation de 30 minutes à 3.000 t.-m. Dans ce cas, le frottis n'a révélé que 3 fois des bacilles acido-résistants, tandis que l'homogénéisation a été positive à 13 reprises. Cette différence est encore plus marquée avec une centrifugation plus puissante et plus prolongée. Avec 5.000 t.-m. et 1 heure, 2 fois plus de résultats positifs qu'avec 3.000 t.-m. et 1/2 heure.

ROBERT CLÉMENT.

L'ODONTOLOGIE
(Paris)

Soulié. ***Les accidents cardio-vasculaires au cours de l'anesthésie locale par la cocaïne, la novocaïne et leurs dérivés*** (*L'Odontologie*, 59e année, vol. **76**, n° 6, 30 Juin 1938, p. 345-352). — On lira avec le plus vif intérêt cette étude très poussée et très claire sur les accidents cardio-vasculaires au cours de l'anesthésie locale.

L'adrénaline, les dérivés de la cocaïne, de la novocaïne sont des substances sympathicomimétiques. L'expérimentation a montré que l'adrénaline, à dose très faible, peut déclencher toute une série de modifications importantes du tonus cardio-vasculaire.

La cocaïne, à dose forte, entraîne d'emblée une intoxication brutale des centres nerveux, surtout respiratoire. A une dose moindre, on constate d'abord un syndrome d'excitation sympathique, et, si l'on en continue l'administration, une hypotension secondaire avec bradycardie; enfin, les accidents toxiques bulbaires font leur apparition.

La novocaïne ne produit les mêmes troubles qu'injectée en quantité beaucoup plus importante.

Au cours de l'anesthésie locale, il y a lieu de tenir compte *du terrain*. Les déséquilibrés du système nerveux neuro-végétatif ont des réactions imprévisibles.

Songer à l'instabilité des asthmatiques, des migraineux, des hyperthyroïdiens, des urticariens, des hépatiques. Tenir compte *des déséquilibres passagers* dus à l'anxiété ou aux troubles post-prandiaux des hépatiques, ou aux réactions probablement liées à une hypoglycémie momentanée de certains sujets à l'état de jeûne.

S. attire l'attention sur la possibilité d'accidents graves à la suite d'applications de liquide de Bonain. Ce médicament doit être écarté pour les sujets émotifs à grosse instabilité vago-sympathique.

En ce qui concerne les accidents qui peuvent être engendrés par l'injection de novocaïne adrénalinée, S. distingue les sujets ne présentant aucune lésion cardiaque, mais porteurs d'un sympathique plus ou moins excité, et les cardiopathes. Les premiers *peuvent faire d'emblée des accidents d'origine réflexe* avec excitation du sympathique et perturbation brusque des centres encéphaliques. On constate quelquefois des syncopes; en général, il s'agit plutôt de lipothymies.

Les accidents survenant deux ou trois minutes après l'injection sont provoqués par l'excitant du système sympathique, l'action prépondérante en revient à l'adrénaline.

Dans les cas légers, l'incident dure quelques minutes, se traduit par de la pâleur, une sensation vertigineuse, des palpitations, des contractions cardiaques rapides et tumultueuses comme des coups de bélier. A ces signes, s'ajoutent, dans des cas plus impressionnants, une véritable douleur cardiaque, avec sensation de constriction, de barre douloureuse dans la région rétro-sternale; cette crise dure environ un quart d'heure.

Face à l'anesthésie locale, *les cardiopathes doivent être divisés en deux groupes : le premier comprend les cardiopathes valvulaires compensés ou décompensés qui supportent bien l'anesthésie locale. Le deuxième groupe intéresse, au contraire, les cardiopathes artériels :* les hypertendus de la soixantaine, les aortiques, les malades atteints d'angine de poitrine par lésion d'aortite ou de

coronarite chronique qui sont susceptibles de faire, pour des doses infimes d'adrénaline, des accidents graves : telles l'aphasie transitoire, l'hémiparésie ou l'angine de poitrine.

L'étude des accidents précédents explique la nécessité d'un interrogatoire minutieux de son patient, d'où découleront des mesures thérapeutiques appropriées.

A titre prophylactique, modifier si possible les réactions neuro-végétatives du sujet par l'administration de calmants du type gardénal. Lorsqu'un accident se produit et, selon sa nature, allonger le malade, dégager largement la région cervicale, faire une injection d'huile camphrée, de solucamphre ou de coramine. S'il y a réaction avec angoisse : prescrire du gardénal. Au cas exceptionnel d'angine de poitrine, donner au malade une dragée de trinitrine caféinée ou de trinitrine associée à la papavérine.

Dans les cas rarissimes de syncope grave, outre les injections de camphre et de coramine, pratiquer la respiration artificielle.

C. Ruppe.

GAZETTE HEBDOMADAIRE des SCIENCES MÉDICALES DE BORDEAUX

J. Sabrazès, J. Bideau et **G. Gineste.** ***Traumatismes, irritations chroniques et leucémies*** (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, t. **59**, n° 25, 19 Juin 1938, p. 386-394). — Un homme de 70 ans ayant eu, en 1914, une fracture des côtes au voisinage de la région splénique, à la suite d'une chute, a présenté, en 1937, une « lymphadénose subleucémique. Ce charpentier manipule souvent des peintures de tonalité grise ou marron, à base d'essence de térébenthine et emploie de temps à autre, pour peindre les bois, du « carbonyle » à base d'huile d'anthracène.

Le syndrome clinique présenté est caractérisé par la tuméfaction bilatérale des ganglions cervicaux, un ganglion sous-angulo-maxillaire, quelques ganglions dans les aines ou les aisselles, une adénopathie trachéo-bronchique, une augmentation légère du volume de la rate, 8.000 leucocytes, dont 53 lymphocytes, 9 monocytes et 34 poly. Malgré la radiothérapie, les ganglions persistent.

S., B. et G. se demandent si l'accident survenu 23 ans plus tôt peut être considéré comme la cause de la lymphadénose.

La deuxième observation concerne un facteur de 45 ans présentant depuis plusieurs années une poly-adénopathie non leucémique. C'est en 1898, à la suite d'une gingivite aiguë qui nécessita l'avulsion de 15 dents, que parurent les ganglions sous-maxillaires et pré-auriculaires. Ces ganglions persistèrent, subissant des variations de volume, s'hypertrophiant sous l'influence de la fatigue ou des frictions mercurielles. En 1901, le sujet présentait une poly-adénopathie, de l'œdème des membres inférieurs, une grosse rate, un gros foie, de l'ascite, une pleurésie droite. Le liquide ascitique ne contenait que des lymphocytes. En 1902, il avait 1.085.555 globules rouges avec 22 pour 100 d'hémoglobine; 365.800 globules blancs dont 98 pour 100 de lymphocytes. Il mourut peu après.

Cette leucémie lymphogène avec thrombopénie et hémorragie aurait été provoquée par l'irritation chronique des ganglions de l'aine droite exercée par la sacoche chargée de lettres du facteur.

Robert Clément.

J. Sabrazès, J. Bideau et **G. Gineste.** ***Traumatismes, irritations chroniques et leucémies (suite)*** [*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, t. **59**, n° 26, 26 Juin 1938, p. 403-410]. — Cet article comporte l'historique de la leucémie dite traumatique avec un résumé de quelques lignes de toutes les observations où leur auteur fait un rapprochement entre le développement de la leucémie et un traumatisme.

Le traumatisme invoqué est des plus variés. Coup de fusil dans l'articulation du genou ayant nécessité une amputation de cuisse, 5 jours après leucémie aiguë. Coup de pied de cheval dans le flanc gauche. Compression contre un mur. Contusions du côté gauche. Chute d'un échafaudage. Choc au creux épigastrique. Effort pour soulever un fardeau. Contusion de l'abdomen. Chute sur l'abdomen. Coup sur la face externe du fémur. Fracture de la 3e côte. Contusion de la région occipitale et de la partie droite de l'abdomen. Contusion de l'hémithorax gauche. Plaie de jambe avec déchirure du périoste. Contusion du nez. La plupart de ces traumatismes sont des contusions de la région splénique. Les autres sont des fractures ayant donné lieu à une ostéomyélite ou à un phlegmon, l'infection semblant être la responsable du développement de l'état leucémique.

Robert Clément.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

E. Shier. ***Altération des fonctions sexuelles par les traumatismes craniens*** (*Deustche medizinische Wochenschrift*, t. **64**, n° 5, 28 Janvier 1938, p 145-147). — Ces manifestations, habituellement non étudiées, paraissent très fréquentes chez les traumatisés du crâne, après les fractures sérieuses, mais aussi lors de commotions légères et même après des coups violents sur la tête.

En dehors des grands symptômes de commotion cérébrale, de petits signes peuvent être observés. Telles sont les manifestations vaso-motrices, et chez les femmes les troubles des règles ainsi qu'une modification du sommeil. On note aussi une difficulté de la miction, parfois de petites rétentions d'urine. Puis ce sont des crises de sudation, des troubles du métabolisme hydrocarboné; plus rarement encore de la somnolence, des troubles du métabolisme des graisses et des protéines, etc. La recherche systématique des troubles sexuels peut les mettre aussi en évidence.

Ainsi, chez 30 hommes interrogés, on peut noter que chez les sujets jeunes de moins de 40 ans les troubles sont rares et peu accentués, alors qu'après cet âge la disparition des éjaculations est presque la règle et celle des érections s'observe très fréquemment.

A noter cependant que chez un sujet le choc parut avoir au contraire une action excitatrice sur des fonctions sexuelles jusqu'alors déficientes.

Un autre sujet violemment commotionné n'a constaté des troubles de fonctionnement sexuel que plusieurs années après le traumatisme.

Chez un troisième, ayant subi un accident grave à 15 ans, le développement des fonctions sexuelles a été inhibé.

Des essais thérapeutiques tentés avec les hormones testiculaires sont restés sans résultats. De même la psychothérapie paraît inefficace.

G. Dreyfus-Sée.

Heinsen et **Reinwein.** ***Le traitement des diabétiques par l'insuline-protamine-zinc*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **64**, n° 10, 4 Mars 1938, p. 325-327). — Depuis le début de l'ère insulinique les chercheurs se sont efforcés de trouver des procédés permettant d'espacer les injections nécessaires.

Selon les travaux anglo-américains, l'insuline-protamine-zinc constituerait une solution du problème.

En Allemagne, les essais ont été jusqu'ici limités par la difficulté de se procurer des quantités suffisantes de ce produit.

Depuis 6 mois, H. et R. ont réussi à en obtenir assez pour poursuivre une expérimentation régulière chez 30 malades.

Ils ont choisi surtout des diabétiques anciens dont ils connaissaient bien le mode de réaction vis-à-vis de la cure insulinique.

La protamine-zinc-insuline a présenté des avantages nettement appréciables. Dans plusieurs cas une seule injection a pu être substituée à deux ou trois d'insuline ancienne.

La glycémie était moins élevée et la courbe quotidienne glycémique plus régulière et égale, même alors que la dose d'insuline-protamine-zinc administrée était inférieure à la somme des injections d'insuline antérieurement pratiquées.

L'insuline-protamine-zinc était injectée de préférence le soir afin d'abaisser la glycémie matinale souvent élevée, et de permettre de donner une plus grande quantité de pain au premier repas. Cet horaire est préféré par les malades qui se sentent plus dispos pour prendre leur travail.

H. et R. n'ont pas observé d'incidents hypoglycémiques, ni de réactions locales au niveau des injections.

G. Dreyfus-Sée.

Hantschmann. ***Œdème par carence protéinique*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **64**, n° 11, 11 Mars 1938, p. 361-363). — La réalité des œdèmes par carences protéiniques est prouvée par leur apparition dans une série d'affections :

1° Les néphroses et les manifestations du type de néphrose au cours des néphrites chroniques par perte d'albumine au niveau des reins ;

2° Les œdèmes des affamés par absence de protéines dans la ration ;

3° Les entérites chroniques qui provoquent une résorption insuffisante de protéines ;

4° La cachexie hypophysaire dans laquelle les troubles hormoniques agissent sur les albumines sériques ;

5° Certaines affections des organes hématopoïétiques influençant les substances protéiques sanguines.

G. Dreyfus-Sée.

Kneip. ***Le traitement radiothérapique de l'hypertrophie prostatique*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **64**, n° 11, 11 Mars 1938, p. 377-378). — K. communique une série de 37 cas d'hypertrophie prostatique traités radiothérapiquement depuis 1930; 16 d'entre eux sont assez améliorés pour qu'on puisse parler de guérison. Dans 12 autres cas il y eut amélioration nette. Deux malades sont décédés de cause inconnue. Sur les 7 derniers malades traités, 4 sont morts des suites de leur affection, 3 ont dû être opérés après échec de la radiothérapie.

On peut donc enregistrer 9 échecs du traitement.

Ces résultats sont analogues à ceux observés de 1925 à 1930 (17 succès sur 25 cas).

Cette nouvelle série de traitement n'apporte pas d'éléments nouveaux pour apprécier les raisons des insuccès. Les 3 malades qui ont dû être opérés avaient des adénomes simples que rien ne différenciait apparemment de ceux qui ont guéri. Seule l'existence d'un lobe moyen important paraît être de mauvais augure pour l'efficacité du traitement radiothérapique.

G. Dreyfus-Sée.

Kielhorn et **Rubenhagen.** ***Contribution à l'étude des lésions myocarditiques par la vitamine D*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **64**, n° 14, 1er Avril 1938, p. 472-475). — On sait que la vitamine D administrée sous une forme quelconque à très haute dose provoque des lésions aussi bien chez l'homme que chez l'animal; ces

lésions maintes fois signalées siègent essentiellement au niveau des gros vaisseaux et du myocarde.

Par contre, la question de la possibilité de lésions provoquées par les doses habituellement employées en thérapeutique reste discutée. K. et R. ont poursuivi des essais en clinique chez des enfants jeunes et des nourrissons à qui ils ont donné des doses élevées de vitamine D proches des doses maxima. Ils ont utilisé le vigantol et le lait irradié.

Une première expérience a porté sur 25 enfants de 6 semaines à 9 mois à qui on donnait quotidiennement VIII à XX gouttes de vigantol pendant 40 jours; l'un d'entre eux recevait même simultanément de l'huile de foie de morue. L'électrocardiogramme pratiqué avant et après la cure ne montra aucune altération pathologique.

Le deuxième essai concernait un groupe de 27 enfants, âgés de 3 mois à 6 ans, à qui on a donné pendant plusieurs mois, et dans un cas pendant 6 ans de suite, du lait irradié. La même absence de lésions électrocardiographiques fut observée.

G. Dreyfus-Sée.

H. Lotze. ***Etude critique de la vitamine P*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **64**, n° 14, 1er Avril 1938, p. 477-480). — Une série d'essais biochimiques et expérimentaux chez l'animal et chez l'homme se sont efforcés d'établir la situation de la vitamine P dans le cycle général des vitamines. L'hespéridine pure et deux préparations commerciales de vitamine P ont été ainsi étudiées.

Cliniquement et spectroscopiquement ces préparations ne paraissent pas identiques à la vitamine P décrite par les Hongrois et en particulier par Szent-Gyorgyi. Leur action biologique est très restreinte si on la compare à celle de la vitamine C. Chez l'animal, on note une action antitoxique des préparations de vitamine P qui, combinées à la vitamine C, paraissent hautement antitoxiques.

Mais l'importance de ces résultats est amoindrie par l'inconstance des diverses doses de ces produits de telle sorte qu'on ne peut reproduire à volonté les résultats obtenus.

Cliniquement les préparations commerciales utilisées ont paru avoir une certaine efficacité, de telle sorte qu'on peut se demander si elles ne contiennent pas, à défaut de l'hespéridine, une autre substance du groupe des flavines biologiquement activée.

Cependant l'ensemble de ces résultats s'oppose au maintien du titre de vitamine aussi bien pour les produits commercialisés que pour l'hespéridine elle-même.

G. Dreyfus-Sée.

Schulze. ***La thérapeutique quininique de l'arythmie complète*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **64**, n° 15, 8 Avril 1938, p. 530-534). — Le traitement quininique doit être réservé aux cas dans lesquels l'équilibre circulatoire a été suffisamment rétabli par les médications cardiotoniques usuelles. Le traitement est institué en donnant une première dose d'épreuve, puis en réglant la thérapeutique d'après les réactions observées. Le traitement de longue durée utilisera avec avantage la quinidine sous forme de traitement régulier chaque fin de semaine.

G. Dreyfus-Sée.

Panthel. ***La signification pratique de la présence du trichomonas vaginalis*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **64**, n° 19, 6 Mai 1938, p. 678-680). — Le rôle du trichomonas vaginalis ne paraît jusqu'à présent pas élucidé.

Les recherches personnelles de P. lui ont montré ce protozoaire très fréquemment dans le vagin de femmes atteintes d'affections gynécologiques. Le nombre de trichomonas paraît un peu plus élevé lors de poussées évolutives locales, cependant les différences sont peu accentuées.

Dans quelques cas les modifications observées au cours de la régression des symptômes plaident en faveur du rôle pathogénique du trichomonas. Par contre, l'absence constante du protozoaire dans les cavités utérines et tubaires montre que les complications à ce même niveau ne sont pas dues au trichomonas, mais pourraient être provoquées par des modifications physico-chimiques secondaires à l'affection vaginale.

Plusieurs cas de coexistence de gonocoques et de trichomonas montrent l'inexactitude de l'assertion habituelle qui affirme qu'on ne trouve jamais de trichomonas chez les gonorrhéiques. Un traitement local associé à l'administration de Devegan s'est montré habituellement efficace.

G. Dreyfus-Sée.

W. Moln. ***Leucémie lymphoïde et hérédité*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **64**, n° 20, 13 Mai 1938, p. 704-706). — M. relate l'observation de 2 cas de leucémie lymphoïde observés chez un oncle et une nièce. L'examen systématique des membres de la famille montre chez deux d'entre eux un certain degré de lymphocytose.

Cette observation permet d'envisager des relations possibles entre la lymphocytose simple, les réactions lymphatiques et la tumeur lymphoïde. En outre, le rôle de l'hérédité dans le déterminisme de ces diverses affections ne peut être considéré comme négligeable, et, selon M., serait même d'importance primordiale.

G. Dreyfus-Sée.

Mixius et **Schulz.** ***Etude de la signification du météorisme au cours de la pneumonie*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **64**, n° 23, 8 Juin 1938, p. 813-815). — On observe très fréquemment au cours des pneumonies graves se terminant par la mort l'apparition d'un météorisme abdominal irréductible. Ce météorisme ne peut être considéré comme la conséquence d'une déficience cardiaque et circulatoire; il apparaît plutôt comme un signe toxique grave, précédant les premiers symptômes d'insuffisance cardiaque et résistant au traitement toni-cardiaque; il retentit d'ailleurs sur les signes circulatoires et contribue à les aggraver.

Il importe donc d'instituer dès les premiers symptômes de pneumonie une thérapeutique antitoxique prophylactique comportant essentiellement le repos et des sédatifs nerveux.

G. Dreyfus-Sée.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Berlin)

H. Kämmerer et **M. Weisshaar.** ***Leucémie avec ondulations du taux des leucocytes*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **17**, n° 24, 11 Juin 1938, p. 840-843). — K. et W. donnent l'observation d'une femme qui a sept frères et sœurs dont un est mort de cancer de la langue. Elle a eu autrefois de la stomatite et un abcès de l'amygdale. Actuellement, cependant, ses amygdales sont à peu près normales et les ganglions ni la rate ne sont augmentés de volume. La température est un peu élevée et dans le sang on trouve 3,4 millions d'érythrocytes, 65 pour 100 d'hémoglobine, 110.000 globules blancs dont 4 pour 100 de myéloblastes, 28 pour 100 de promyéloblastes, 12 pour 100 de myélocytes, 10 pour 100 de métamyélocytes, etc. Sans qu'on ait recouru à l'irradiation, le nombre des globules blancs tomba en 17 jours à 8.400 puis à 4.000 si bien qu'on fut obligé de donner une préparation d'acide nucléinique. Six semaines plus tard, les leucocytes remontèrent à 110.000 et on fit alors une très légère irradiation aux rayons Rœntgen (55 r/L). Une dizaine de jours plus tard, les leucocytes retombèrent de nouveau à 4.000. Pendant quelques semaines, la malade se sentit bien, puis la température s'éleva et il apparut des douleurs spléniques. L'examen du sang donna alors 2,6 millions d'érythrocytes et 80.000 globules blancs dont 18 pour 100 de myéloblastes et 14 pour 100 de myélocytes. On procéda à une légère irradiation. Mais l'état s'aggrava en même temps que les leucocytes s'élevèrent à 250.000.

Une amygdale fut enlevée peu avant la mort et on constata qu'elle présentait des signes d'inflammation chronique usuels.

A l'autopsie, on trouva dans presque tous les organes des infiltrations myéloïdes-leucémiques typiques. Il s'agit donc bien d'une leucémie myéloïde qui a entraîné la mort en 6 mois et au cours de laquelle l'ascension des leucocytes s'est le plus souvent accompagnée d'une élévation importante de température. Ces variations ne sont certainement pas en rapport avec le traitement qui a été fait et il ne semble pas non plus qu'on puisse admettre que cette multiplication des globules blancs soit la manifestation d'une néoformation. On songerait plutôt, comme le veut Naegeli, à des poussées de fièvre en rapport avec une infection secondaire. Pour interpréter cette variation presque rythmique des leucocytes on doit noter que la formation des leucocytes et leur migration dans le sang sont deux phénomènes distincts. Les substances qui interviennent dans le mécanisme de ces phénomènes peuvent être, dans la leucémie non compliquée par infection, des produits de désintégration cellulaire et, en cas d'inflammation secondaire, des toxines bactériennes.

On sait d'ailleurs qu'il y a des substances qui déterminent une chimiotaxie positive (produits staphylococciques, peptone) alors que d'autres déterminent une chimiotaxie négative (substances du bacille typhique, substances intervenant dans le choc anaphylactique), etc. Dans cette observation on est donc tenté d'admettre qu'une toxine streptococcique à chimiotaxie positive alterne avec un poison de nature anaphylactique. On s'explique que, dans ces conditions, des lésions anatomo-histologiques puissent s'accompagner de quantités de leucocytes tantôt faibles, tantôt énormes : il suffirait que dans le plasma sanguin circulent des substances qui, suivant les moments, attirent plus ou moins les leucocytes. Ces substances pourraient être de la nature des peptones, parfois d'origine exogène ou bactérienne. Ces substances chimiotaxiques positives seraient en tout cas indispensables pour que la leucémie tissulaire devienne une leucémie sanguine.

P.-E. Morhardt.

Karl Reinhertz et **Bruno Schuler.** ***Contribution à la clinique du syndrome de Cushing*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **17**, n° 24, 11 Juin 1938, p. 849-852). — R. et S. donnent l'observation d'une femme qui, à 28 ans, a fait une salpingite purulente et qui, ultérieurement, recommença à souffrir dans le ventre en même temps que ses règles devenaient moins abondantes, que son visage devenait plus gros et plus rouge et que la pression sanguine s'élevait. Quatre mois avant d'entrer à l'hôpital, elle a commencé à être obligée de se raser, à perdre ses cheveux et à ressentir une soif intense. A l'entrée, elle pesait 59 *kg.* pour une taille de 149 *cm.* Le clitoris mesurait 4 à 5 *cm.* Néanmoins, en dehors de la barbe, les caractères sexuels secondaires ne présentaient pas de modifications importantes. En outre, chez cette malade, il y avait de la sécheresse de la peau, de l'acné, des vergetures, une ostéoporose modérée mais nette, de la thrombopénie, de la cholestérinémie et de l'hypertension (200-120) ; il n'y avait aucun trouble des échanges d'hydrates de carbone. On conclut à l'existence d'une tumeur surrénale qui fut enlevée opératoirement et, 20 heures après l'intervention, la malade mourut brusquement.

A l'autopsie, l'hypophyse est macroscopiquement normale. A l'examen histologique de la tumeur, on constate les caractères d'une dégénérescence maligne tandis que l'hypophyse ne présente aucun phénomène microscopique anormal. Dans les ovaires, on trouve assez peu de follicules primaires, aucun follicule de Graaf et des *corpora albicantia* assez abondants. Ainsi il y a lieu d'admettre que la maturation des follicules était inhibée par les hormones en circulation.

P.-E. Morhardt.

MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

H. Schœnemann. ***Intoxication par une infusion de fleurs d'arnica*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **85**, n° 21, 27 Mai 1938, p. 787-788). — A la suite de l'absorption d'une infusion de fleurs d'arnica, un homme a présenté des troubles digestifs et un état comateux durant 48 heures environ. Cet accident est intéressant à connaître, car l'arnica est considéré inexactement comme inoffensif. Il est vrai de dire que son utilisation autrefois très fréquente a notablement régressé.

G. Dreyfus-Sée.

Kunstmann. ***Observations sur le traitement des infections colibacillaires des voies urinaires par l'acide mandélique*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **85**, n° 21, 27 Mai 1938, p. 791-794). — Après une revue rapide de l'historique des traitements désinfectants des voies urinaires, et des notions générales concernant la thérapeutique par les sels acides du mandelium, K. relate ses propres expériences de traitement chez 18 malades dont 16 atteints de colibacilloses urinaires simples, et 2 avec complications pyélonéphrétiques.

Les résultats ont été particulièrement favorables, guérison complète dans 13 cas, amélioration très sensible dans les 3 autres; les 2 malades avec complications pyélonéphrétiques n'ont pas pu supporter le traitement.

Le mandélate d'ammoniaque a paru beaucoup mieux supporté que le mandélate de calcium.

En tout cas, ce traitement non nocif a permis de supprimer les traitements locaux : son innocuité et son efficacité en font le traitement de choix des colibacilloses urinaires.

G. Dreyfus-Sée.

Roll. ***Le traitement des hémoptysies tuberculeuses*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **85**, n° 22, 3 Juin 1938, p. 821-825). — L'importance des hémoptysies ne fournit aucun élément permettant de conclure au caractère du processus tuberculeux initial. R. s'élève contre les procédés thérapeutiques encore trop utilisés dans le traitement pratique des hémoptysies : sédatifs et surtout injections de morphine. A son avis, le traitement le plus efficace consiste dans l'injection intra-veineuse de rouge congo en solution à 1 pour 100 combinée avec l'ingestion d'un médicament sédatif central et sympathico-tonique : le bellargal, combinaison de bellafolline, de gynergène et d'acide phényléthylbarbiturique.

G. Dreyfus-Sée.

Niedeggen. ***Vitesse de sédimentation et agglomérabilité des érythrocytes*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **85**, n° 22, 3 Juin 1938, p. 836-838). — Les recherches de N. ont pour bases la propriété des globules rouges de former des agglomérats au cours des affections inflammatoires ou cancéreuses. Ce caractère, décrit par Fahraeus et confirmé par maints auteurs, pourrait être utilisé pour un diagnostic rapide au cours de recherches systématiques, car il paraît parallèle habituellement à la vitesse de sédimentation.

Le contrôle par la méthode de Westergren a permis de l'étudier et le pourcentage des erreurs ne semble pas considérable.

G. Dreyfus-Sée.

Thiele. ***La thérapeutique par l'hyperémie active de Ganter*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **85**, n° 26, 30 Juin 1938, p. 988). — La chaleur locale joue un rôle important dans le traitement des diverses affections. De nombreuses méthodes ont été proposées pour varier son utilisation.

La méthode de Ganter consiste simplement à appliquer sur un membre une manchette de tensiomètre ordinaire et à exercer une pression un peu supérieure à la pression sanguine : l'artère principale subit ainsi une compression qui se manifeste par l'arrêt des pulsations et l'apparition de pâleur du membre (on ne doit pas comprimer jusqu'à la cyanose). On comprime 5 minutes; ultérieurement, on pourra aller jusqu'à 10 puis 15 minutes, puis on relâche brusquement; il se produit un afflux sanguin qui détermine une véritable hyperémie active.

La manœuvre est répétée 5 à 8 fois avec des intervalles de 10 à 15 minutes.

L'application de cette méthode pour le traitement de toutes les affections des extrémités justiciables de la thérapeutique calorique a fourni des résultats satisfaisants. La simplicité de cette manœuvre et son action profonde la rendent particulièrement utilisable.

G. Dreyfus-Sée.

FORTSCHRITTE AUF DEM GEBIETE DER RŒNTGENSTRAHLEN (Leipzig)

Bruno Kerber. ***Recherches expérimentales sur les embolies gazeuses par voie veineuse*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, t. **57**, n° 5, Mai 1938, p. 439-454). — Les embolies gazeuses par voie veineuse ont été étudiées expérimentalement sur des lapins à l'aide de l'autopsie, de la radiokymographie, en utilisant des substances de contraste applicables au sang, et de l'électrocardiographie, et ont conduit aux observations suivantes :

1° Par dissection sous l'eau, dans une chambre où la pression peut être abaissée, d'où résulte une augmentation de volume de l'air embolisé, on constate que le cœur gauche et les artères coronaires sont indemnes, alors que les capillaires pulmonaires ont une densité accrue et ne laissent donc pas passer l'air embolisé; d'un autre côté, l'on trouve régulièrement des bulles gazeuses dans les veines coronaires. Si l'on ferme le cœur droit et les gros vaisseaux à l'aide d'une ligature, l'oreillette droite se vide par les veines coronaires préalablement coupées. Il est possible de mettre en évidence cette dynamique sanguine en ayant recours à des injections de thorotrast qui permettent de l'observer radiologiquement, le remplissage opaque persistant pendant 540 contractions cardiaques.

2° Si l'on pratique des kymographies après injection opacifiante des vaisseaux, on voit qu'après l'embolie gazeuse survient rapidement une dilatation transversale des muscles du cœur qui réalise une dilatation en forme de ballon qui, le cœur gauche étant complètement vide, régresse par la suite. Des clichés pris en série montrent la diminution progressive du calibre de l'aorte et la dilatation des grosses veines.

Les modifications qui s'installent provoquent un effort accru du cœur, suivi, après 5 à 10 minutes, d'un arrêt complet des impulsions, bien que l'électrocardiographe montre que l'intégrité du cœur puisse encore persister de 30 à 40 minutes.

L'emploi de l'électrocardiographie et de la kymographie associées permet d'analyser séparément les troubles du rythme et les variations de fréquence et montre que le lieu d'origine des troubles des stimulations cardiaques et de leur conduction se situe au voisinage immédiat de l'embolus gazeux qui conditionne les lésions coronaires provoquant les troubles cardiaques.

Si l'embolus gazeux est peu volumineux, la majeure partie en est éliminée, l'effort demandé au cœur est réduit au minimum, et une seconde injection de thorotrast et d'air met en évidence leur passage à travers de larges territoires de la circulation pulmonaire; cependant de petites embolies gazeuses « fractionnées » causent des modifications des coronaires du type d'EKG avec rythme monophasé.

Si, au contraire, l'embolus gazeux est volumineux, par suite de la baisse de la circulation sanguine, il n'existe pas d'opacification due au thorotrast et les mouvements de l'embolus opacifié ne donnent pas de renseignements sur la circulation dans certains territoires vasculaires. Une étude de clichés en série portant sur 400 pulsations cardiaques a montré un remplissage opacifié permanent des veines coronaires, alors que la capacité et l'activité des cœurs droit et gauche n'étaient pratiquement pas augmentées.

Les constatations faites post-mortem et les recherches radiologiques ont mis en évidence le remplissage rétrograde des veines coronaires, et le fait que les lésions progressives des coronaires constituent le principal facteur étiologique des troubles cardiaques.

K. discute l'importance clinique fondamentale du retard de la circulation veineuse en rapport avec le débit insuffisant du sang, tant en qualité qu'en quantité, attribué jusqu'ici dans la littérature à l'insuffisance coronarienne, et discute l'extension des indications de la saignée.

Si l'on réalise des expériences semblables sur un « cœur de mammifère de Langendorff », l'embolie gazeuse provoque un arrêt immédiat et complet de l'activité cardiaque.

L'emploi du thorotrast permet d'observer la continuité du flux sanguin dans les carotides, le remplissage de l'aorte et des artères coronaires, ainsi que les communications de la circulation bronchique avec les cœurs droit et gauche. K. insiste enfin sur l'intérêt clinique de la circulation bronchique.

Morel Kahn.

THE JOURNAL of the AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (Chicago)

S. Gordy et **M. Trumper.** ***Six cas d'empoisonnement par le disulfure de carbone*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **110**, n° 19, 7 Mai 1938, p. 1543-1550). — L'extension de l'industrie de la soie artificielle a créé une nouvelle maladie professionnelle, l'intoxication par le disulfure de carbone, qui sert de solvant à la viscose.

Le disulfure de carbone est un poison neurotoxique, du fait de sa lipotropicité. Il détermine dans les cas d'intoxication chronique des symptômes névritiques (névrite rétro-bulbaire, anesthésie cornéenne, névrites périphériques) et surtout des troubles psychiques (hallucinations à allures cycliques, asthénie, etc.).

Il n'existe encore aucun règlement protégeant les ouvriers de la soie artificielle contre ce danger. Il semble que l'interdiction de travailler dans une atmosphère contenant plus de 0 mg. 1 de disulfure de carbone par litre d'air, et l'examen périodique des ouvriers, suffirait à abolir cette maladie professionnelle.

R. Rivoire.

A. Ecker et **H. Woltman.** ***La méralgie paresthésique : étude de 150 cas*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **110**, n° 20, 14 Mai 1938, p. 1650-1652). — Cet article résume

l'expérience de la clinique Mayo sur cette maladie assez peu connue. Comme on le sait, il s'agit d'une névralgie du nerf fémoro-cutané, qui frappe l'homme trois fois plus souvent que la femme. Sa fréquence est assez faible, puisqu'elle est treize fois moins fréquente que la sciatique. Ses causes sont multiples, mais la plus répandue est la compression du nerf par le fascia sus-jacent. Elle débute d'ordinaire par une sensation de tension sur la face latérale d'une cuisse, puis ultérieurement surviennent des brûlures et des douleurs qui sont aggravées par la station debout et la marche.

Au point de vue thérapeutique, la neurolyse ou la section du nerf est souvent indiquée; les résultats en sont d'ordinaire bons.

R. Rivoire.

A. Quick. *La nature des hémorragies dans la jaunisse* (*The Journal of the American medical Association*, vol. **110**, n° 20, 14 Mai 1938, p. 1658-1662). — La déficience en prothrombine est une cause importante des retards de la coagulation du sang. Il existe cependant une large marge de sécurité à cet égard, puisqu'il peut manquer 80 pour 100 de prothrombine avant que surviennent les hémorragies. Mais dans certaines variétés d'ictère la prothrombine peut tomber à un taux très bas, ainsi que l'a montré Q., à l'aide d'une méthode originale de dosage de ce ferment; et cette baisse de la prothrombine se voit uniquement dans les cas de jaunisse avec hémorragies. Expérimentalement, Q. a montré que l'on pouvait obtenir une baisse de la prothrombine par carence en vitamine K, par certaines toxines, par des lésions hépatiques.

Dans tous les cas de déficience en prothrombine, la transfusion sanguine arrête rapidement les hémorragies, mais son action n'est que temporaire.

R. Rivoire.

D. Dial. *Blessures de la main dues à l'injection d'huile à haute pression* (*The Journal of the American medical Association*, vol. **110**, n° 21, 21 Mai 1938, p. 1747-1748). — D. rapporte 2 cas d'une blessure peu fréquente, due à l'atteinte d'une main par un jet d'huile à très haute pression provenant de la pompe d'un moteur Diesel: dans ce type de moteur, en effet, l'huile lourde est injectée dans les cylindres à une pression considérable pour assurer sa parfaite atomisation, et ce jet d'huile, s'il rencontre un tissu vivant, y pénètre profondément en causant une nécrose aseptique. Dans les 2 cas rapportés, les lésions étaient très importantes, et l'amputation des doigts ne put être évitée qu'à l'aide de nombreuses et profondes incisions: la guérison ne fut d'ailleurs pas totale, et il persista d'importantes séquelles dans les 2 cas.

R. Rivoire.

E. Reifenstein et E. Davidoff. *Le traitement des psychoses alcooliques par le sulfate de benzédrine* (*The Journal of the American medical Association*, vol. **110**, n° 22, 28 Mai 1938, p. 1811-1812). — Chez 28 sujets atteints de psychoses alcooliques, l'administration de sulfate de benzédrine a déterminé une guérison rapide dans 93 pour 100 des cas. Le médicament a paru à R. et D. particulièrement efficace dans les cas récents.

Dans les cas d'intoxication alcoolique aiguë sans symptômes psychiques, l'action de la drogue a été encore plus nette: en particulier la dépression consécutive à l'intoxication fut de très courte durée. R. et D. insistent cependant sur le fait que l'emploi de ce médicament doit être réservé aux malades hospitalisés, afin de pouvoir contrôler les accidents possibles de la thérapeutique, et afin d'éviter l'accoutumance au médicament.

R. Rivoire.

W. Thompson et N. Heckel. *Développement sexuel précoce dû au prolan* (*The Journal of the American medical Association*, vol. **110**, n° 22, 28 Mai 1938, p. 1813-1818) — T. et H. rapportent l'intéressante observation de 3 garçons de 4, 7 et 9 ans, qui, soumis à un traitement intensif par des extraits d'urine de femme enceinte pour corriger une ectopie testiculaire, virent survenir une très nette hypertrophie des organes génitaux externes, avec croissance des poils scrotaux, érections. Ces observations montrent sans discussion possible l'action de maturation sexuelle des extraits d'urine chez l'enfant, et mettent en évidence le danger, d'ailleurs peu considérable, semble-t-il, d'une thérapeutique trop intense en cas de cryptorchisme. Comme le conseillent T. et H., il est prudent d'arrêter le traitement hormonal dès qu'apparaissent des signes de maturation sexuelle précoce.

R. Rivoire.

E. Hess. *La mobilité rénale* (*The Journal of the American medical Association*, vol. **110**, n° 22, 28 Mai 1938, p. 1818-1823). — Dans cet article, H. décrit une technique simple permettant de se faire une idée de la mobilité des reins. Elle consiste à faire, sur le même cliché, après injection des reins par une substance opaque, deux poses successives: la première en inspiration forcée, la seconde en expiration forcée. On obtient grâce à cette méthode de précieux renseignements sur la présence probable d'un phlegmon périnéphrétique, sur l'existence de vaisseaux anormaux, sur la tendance aux coudures des uretères, enfin, sur les résultats de la néphropexie.

Grâce à cette technique, H. a pu montrer en outre que l'une des méthodes les plus efficaces de néphropexie, et sans contredit la plus simple, est de pratiquer une sympathectomie périartérielle rénale.

R. Rivoire.

BRITISH MEDICAL JOURNAL (Londres)

A. T. Doig, G. Gemmill, Gregory Kayne, F. V. Linggood, H. P. Parish et J. S. Westwater. *Recherches sur la tuberculine purifiée des dérivés protéiniques et sur la tuberculine vieillie* (*British medical journal*, n° 4035, 7 Mai 1938, p. 992-997). — Pour que le test de Mantoux conserve toute sa valeur et surtout pour que son évolution puisse être suivie chez un même sujet, il y aurait intérêt à ce que l'on sache exactement la composition et la valeur de la tuberculine injectée.

On s'est servi jusqu'à ces derniers temps de tuberculine vieillie qui contient non seulement la substance spécifique mais encore des peptones, des sels, du glycérol et des produits métaboliques des bacilles. L'activité des échantillons de tuberculine est variable même quand ils sont préparés avec la même race de bacilles.

Long et Seibert, dès 1926, ont attiré l'attention sur ces faits et Seibert, en faisant pousser les bacilles sur un milieu synthétique spécial, a préparé une tuberculine purifiée des dérivés protéiniques.

D. et ses collaborateurs ont étudié comparativement la tuberculine vieillie et le principe actif, isolé à l'état pur, préparé selon la méthode de Seibert. La puissance de cet extrait a une valeur constante presque invariable pour un poids donné. Il est très stable et ne produit pas de sensibilisation.

Des « dilutions séchées », de puissance uniforme et complètement stables peuvent aussi être préparées avec cet extrait. Ces dilutions séchées peuvent être redissoutes facilement et rapidement dans une solution-tampon de borate de soude immédiatement avant l'usage.

La comparaison de cette tuberculine ainsi obtenue avec la tuberculine vieillie montre que la première a une puissance légèrement supérieure aussi bien chez le cobaye que chez l'homme et une stabilité plus grande, même conservée à la température ordinaire pendant 3 semaines.

André Plichet.

B. P. Tribedi et M. N. De. *Remarques sur la dysenterie des Européens à Calcutta* (*British medical journal*, n° 4035, 7 Mai 1938, p. 1000-1003). — De l'examen des selles de 1.370 Européens à Calcutta, T. et D. tirent les conclusions suivantes: la dysenterie bacillaire, à bacilles variés d'ailleurs, semble être plus fréquente que la dysenterie amibienne. Mais alors que les épidémies chez les Hindous sont en rapport avec les chutes de pluie et la période de la mousson, chez les Européens qui vivent à l'écart, en colonie fermée, dans des quartiers plus salubres, avec des précautions hygiéniques plus grandes, il n'existe aucune corrélation avec les saisons.

L'infestation se fait moins par les insectes, les mouches que par les porteurs de germes, cuisiniers, domestiques hindous qui sont en rapport avec la population indigène.

André Plichet.

Pierre Mac Ewan. *Problèmes cliniques de la thyrotoxicose* (*British medical journal*, n° 4036, 14 Mai 1938, p. 1037-1042). — Le problème essentiel discuté dans cet article est la haute et toujours croissante mortalité de la thyrotoxicose. En 1936, en Angleterre et au Pays de Galles, cette mortalité fut de 1.696.

Dans ce total, 1.420 cas sont morts sans opérations et 276 avaient été opérés. Sur ces 1.420 cas, 908 sont morts de complications cardiaques, dont 298 de fibrillation auriculaire. Sur les 276 cas opérés, on trouve 21 cas de mort par anesthésie, 19 cas par shock et 92 cas par complications cardiaques.

L'augmentation des cas mortels est due à plusieurs causes. Le diagnostic est devenu plus précis, si bien que des cas autrefois étiquetés simplement cardiopathies sont maintenant rattachés à la thyrotoxicose. Cette augmentation peut être due à l'abus du traitement iodé, comme l'a avancé Joll en 1932. L'iode est un médicament utile pour préparer à l'opération et pour lutter contre les crises tachycardiques post-opératoires, mais dans le goitre endémique, il conduit à la thyrotoxicose. L'iode est un peu comme l'opium dans les affections aiguës de l'abdomen; il masque les symptômes. Le retard apporté au diagnostic et à l'opération est une cause également de plus grande mortalité.

Pour toutes ces raisons, il est probable que la mortalité de la thyrotoxicose augmentera plus dans l'avenir qu'elle ne diminuera.

André Plichet.

W. Henderson et L. W. Rowlands. *L'activité gonadotropique de la pituitaire antérieure et sa relation avec l'augmentation de la pression intracranienne* (*British medical journal*, n° 4037, 21 Mai 1938, p. 1094-1097). — H. et R. ont prélevé 109 hypophyses à l'autopsie, les ont desséchées dans l'acétone pendant 48 heures et les ont essayées, au point de vue de leur activité gonadotropique, sur des rats impubères. 52 glandes provenaient de malades ayant eu pendant leur vie une pression intracranienne augmentée du fait de tumeurs cérébrales, les 57 autres provenaient de malades avec une pression intracranienne normale. L'activité de chaque glande fut comparée à celle d'un échantillon standard de pituitaire humaine.

La série de contrôle montra que l'activité gonadotropique des pituitaires varie avec l'âge. Pendant la prime jeunesse, la quantité d'hormone

dans la glande est petite, mais elle augmente lentement jusqu'à la fin de la période d'activité sexuelle. Chez les femmes, à la ménopause, il y a une augmentation subite de l'activité pituitaire, mais chez les hommes, une augmentation correspondante ne se produit que vers 70 ans. H. et R. discutent brièvement la signification de ce phénomène.

La quantité d'hormone gonadotropique de la pituitaire des malades à pression intracranienne augmentée tend à être plus variable que celle des sujets normaux. Plusieurs des femmes dont l'hypophyse a été prélevée présentaient une dysfonction menstruelle, sans doute en rapport avec une augmentation prématurée d'hormone gonadotropique dans leur pituitaire.

Il ne semble pas, quoi qu'il en soit, qu'il y ait de relation entre l'activité gonadotropique et l'augmentation de la pression intracranienne.

André Plichet.

M. Boycott et **I. W. Rowlands**. ***La nature biologique et la variation quantitative de l'activité gonadotropique du sérum des femmes enceintes*** (*British medical journal*, n° 4037, 21 Mai 1938, p. 1097-1099). — De l'étude d'un grand nombre de sérums de femmes enceintes, au point de vue de leur activité gonadotropique, B. et R. concluent que les extraits de sérums humains, en opposition avec l'extrait de sérum de jument gravide, agissent de la même façon que les extraits d'urines de femmes enceintes. Ces extraits ont seulement une action limitée sur l'ovaire du rat, action jugée par l'accroissement du poids ovarien. Ils ne produisent pas non plus de développement folliculaire dans l'ovaire du rat hypophysectomisé.

La concentration des hormones gonadotropiques varie suivant l'époque de la grossesse. Cette concentration augmente rapidement après la 6e semaine et se trouve à son maximum de la 8e à la 11e semaine. Elle est ensuite à un niveau bas qui reste presque constant de la 20e semaine à la fin de la grossesse.

En suivant la même technique, aucune activité gonadotropique n'a pu être décelée dans le sérum des femmes non gravides.

André Plichet.

THE LANCET
(Londres)

J. C. Mottram et **I. Doniach**. ***L'action photodynamique des substances carcinogénétiques*** (*The Lancet*, n° 5986, 21 Mai 1938, p. 1156-1159). — Un certain nombre de substances blastogéniques qui sensibilisent la peau des souris aux rayons ultra-violets ont une action photodynamique sur les infusoires ciliés; ce sont le goudron, l'huile de schiste et la suie. Partant de ces expériences préliminaires, M. et D. ont étudié, en ce sens, l'action d'hydrocarbures du groupe de l'anthracène. Pour la plupart d'entre eux, il semble qu'il y ait une relation entre le pouvoir blastogénique et l'action photodynamique. Cette action photogénique est due vraisemblablement à la présence d'impuretés dans les préparations de ces hydrocarbures. Des préparations purifiées, en effet, tuent beaucoup moins rapidement les infusoires. Elles ont d'ailleurs un pouvoir carcinogène diminué.

André Plichet.

W. H. Graham. ***Deux cas d'intoxication par le tétrachlorure de carbone simulant un syndrome abdominal aigu*** (*The Lancet*, n° 5986, 21 Mai 1938, p. 1159-1160). — Ce sont deux observations d'ouvriers soumis professionnellement à des vapeurs de tétrachlorure de carbone, qui ont présenté un syndrome abdominal aigu faisant penser à une perforation d'organe creux.

L'un d'eux fut même opéré avec le diagnostic de perforation appendiculaire et l'on ne trouva qu'une distension, à certaines places, des anses intestinales et de l'œdème du mésentère. Dans les jours qui suivirent l'intervention, on trouva une albuminurie croissante et des cylindres épithéliaux. L'urée sanguine était normale. Le malade sortit, guéri, 25 jours après l'intervention.

Le second sujet présenta le même syndrome; mais en raison de la présence de globules rouges dans des urines diminuées en quantité, la laparotomie fut différée. On le traita par des injections intra-veineuses de 10 cm^3 de chlorure de calcium à 10 pour 100 et les symptômes disparurent.

André Plichet.

L. Howells. ***Le traitement de l'anémie splénique et du syndrome de Banti*** (*The Lancet*, n° 5989, 11 Juin 1938, p. 1320-1324). — Il résulte de cette étude basée sur 94 cas que la splénectomie n'amène pas une amélioration de l'état général dans cette maladie. Elle ne prévient ni la cirrhose, ni l'anémie, ni les hématémèses, même quand elle est effectuée au premier stade de la maladie. Elle n'est justifiée que lorsque les douleurs spléniques sont importantes et encore les risques opératoires sont sérieux. Il semble que le fer donné à doses élevées peut lutter dans certains cas avec efficacité contre l'anémie.

André Plichet.

LA RIFORMA MEDICA
(Naples)

M. Girolami (Bologne). ***Le problème du diagnostic de la bronchospirochétose de Castellani*** (*La Riforma medica*, t. 53, n° 40, 2 Octobre 1937, p. 1403-1413). — A propos de 4 cas de bronchospirochétose de Castellani, observés 3 à Bologne et le quatrième chez un soldat en Somalie italienne, G. montre qu'aucune donnée fournie par le laboratoire, la clinique ou la radiologie n'est à elle seule caractéristique de l'affection; la présence des spirochètes dans les crachats n'a pas une valeur considérable car il n'est pas démontré que les caractères assignés au spirochète de la bronchite de Castellani lui confèrent une spécificité; d'autre part, certains sujets atteints d'autres maladies pulmonaires ont dans leurs crachats des spirochètes très nombreux; à titre d'exemple, G. rapporte 2 cas de tuberculose et de cancer du poumon où le diagnostic exact aurait pu facilement être méconnu. La broncho-spirochétose de Castellani constitue cependant un tableau clinique bien défini: il s'agit de sujets présentant une lésion bronchique aiguë ou chronique, le plus souvent hémorragique, avec nombreux spirochètes dans l'expectoration et chez qui il est impossible de mettre en cause un autre facteur causal que la spirochétose, tel que la tuberculose, le cancer, une mycose, etc...; les bons effets du traitement arsenico-antimonial confirment le diagnostic.

Lucien Rouquès.

L. Ciarrochi (Rome). ***Considérations sur deux cas d'urétrite typhique*** (*La Riforma medica*, t 53, n° 45, 6 Novembre 1937, p. 1586-1590). — Dans les traités les plus récents, on ne fait pas mention de l'urétrite parmi les complications génito-urinaires de la fièvre typhoïde; on signale simplement l'existence d'une bacillurie principalement lors du maximum de la maladie. C. a cependant pu retrouver deux observations d'urétrite typhique chez l'adulte publiées en 1916 par Saphier et qui sont assez discutables, l'identification des bacilles étant insuffisante. Un enfant de 11 ans présente des signes d'urétrite aiguë ; au bout de 5 jours, il a un accès fébrile qui dure 12 heures et se reproduit à intervalles de quelques jours pendant près de 3 mois, la température étant normale dans l'intervalle; C. l'examine alors et ne trouve en dehors de l'urétrite qu'une hépatosplénomégalie légère; l'examen du pus urétral montre des bacilles Gram-négatifs, en majorité intracellulaires, que les cultures et les agglutinations permettent d'identifier au bacille d'Eberth; l'hémoculture est négative; le séro-diagnostic est positif à 1 pour 1.600 et le sérum agglutine le germe urétral à 1 pour 800; pendant le séjour à l'hôpital, le malade a 8 accès fébriles en 16 jours; puis après un traitement local et un traitement général par auto-vaccination, les accès fébriles disparaissent et l'urétrite guérit. Le frère de ce malade, d'un an plus jeune, présenta une urétrite très comparable qui débuta 2 mois après celle de son frère. A noter que, d'après le médecin traitant, il n'y avait eu de fièvre typhoïde dans le pays des enfants que près d'un an auparavant.

Lucien Rouquès.

R. Agnoli et **D. Bussa** (Gênes). ***Relations entre cholécystites et syndromes angineux*** (*La Riforma medica*, t. 53, n° 48, 27 Novembre 1937, p. 1691-1694). — A. et B., désirant élucider la question controversée d'une répercussion possible d'une colique hépatique sur l'électrocardiogramme, ont enregistré une série de tracés chez des sujets atteints d'affections vésiculaires chez qui ils provoquaient la contraction de la vésicule par l'injection intra-duodénale de sulfate de magnésie; certes, la contraction ainsi obtenue n'a pas l'intensité de celle de la colique hépatique, mais si une inter-réaction réflexe existe entre le cœur et la vésicule, elle doit sans doute être mise en évidence par une méthode qui fait contracter la vésicule d'une manière qui ne s'écarte pas trop des conditions physiologiques; aucune modification de l'électrocardiogramme n'a été décelée dans ces conditions, ainsi d'ailleurs que chez des sujets normaux ou présentant des lésions myocardo-aortiques, par la même méthode ou par l'excitation physique de la région hépatique. Mêmes résultats nuls par l'excitation mécanique ou faradique directe de la vésicule chez le lapin anesthésié. On peut parler d'angine biliaire lorsque des signes certains d'altération myocardique précèdent les crises de colique et d'angine; dans les autres cas où la crise douloureuse de colique hépatique se diffusant à la région précordiale suscite l'angine réflexe, il ne s'agit pas d'une angine vraie, anatomique, vasculaire, mais d'une simple irradiation douloureuse de type angineïde qui emprunte les voies de la douleur de l'angor tout en n'ayant son point de départ ni dans le myocarde, ni dans l'aorte.

A. et B. insistent sur la nécessité de l'électrocardiogramme avant toute intervention pour cholécystite pour déceler des lésions myocardiques ou coronariennes éventuelles.

Lucien Rouquès.

E. Storti (Pavie). ***Premiers résultats de recherches sur la leucémie myéloïde transmissible du rat*** (*La Riforma medica*, t. 53, n° 49, 4 Décembre 1937, p. 1731-1741). — S. a étudié sur 120 rats blancs la leucémie myéloïde transmissible récemment décrite par Furth; cette leucémie est produite par l'injection d'une suspension en liquide de Tyrode de cellules leucémiques vivantes provenant du sang, de la rate, du foie, de la moelle osseuse ou de tumeur; la souche utilisée par S. est celle de Furth; la leucémie du rat n'est transmissible qu'au moyen de cellules vivantes et toutes les tentatives faites avec des filtrats échouent; lorsque l'inoculation est faite dans le tissu sous-cutané, une tumeur se forme localement; lorsque l'inoculation est intraveineuse, c'est la leucémie qui se développe, que les cellules injectées proviennent du sang ou d'un organe quelconque d'un rat leucémique ou d'une tumeur produite par injection sous-cutanée; dans les leucé-

mies, la moelle osseuse réagit la première et toujours plus que les autres organes; le tissu leucémique extra-médullaire du foie, de la rate, etc., n'a pas une formation locale mais provient des éléments leucémiques de la moelle osseuse par un processus de métastase ou de colonisation. La leucémie transmissible se présente sous une forme chronique et sous une forme aiguë, profondément différentes dans leurs manifestations, mais qui ne sont cependant que l'expression d'une même maladie; la forme aiguë se développe comme la forme chronique, sans l'intervention d'aucun germe visible ou filtrant; on doit considérer la leucémie transmissible comme une affection néoplasique ou tout au moins comme une affection identique aux néoplasies transmissibles des mammifères. Ces considérations ont un gros intérêt pour la pathogénie des leucémies humaines, car celles-ci dans leurs formes aiguës et chroniques sont en tous points comparables aux leucémies transmissibles du rat.

Lucien Rouquès.

G. B. Cottini (Catane). ***La méthode de Maurice Ascoli dans le traitement de quelques affections érythrodermiques*** (*La Riforma medica*, t. **53**, n° 51, 18 Décembre 1937, p. 1807-1809). — C. rapporte 5 observations d'érythrodermies soit vésiculo-œdémateuses, soit œdémateuses, dues au novarsénobenzol et pour l'une d'elles aux sels d'or; il les a traitées par la méthode préconisée par M. Ascoli pour les splénomégalies paludéennes (infections intraveineuses d'adrénaline à doses minimes et croissantes); il a constaté de bons résultats sur les signes généraux (fièvre) et subjectifs (prurit) et surtout sur les manifestations cutanées sur lesquelles l'action a été surprenante. Le point de départ des recherches de C. a été le suivant: il estime que la lésion érythrodermique n'est pas sans analogies avec la réaction locale produite par l'injection d'histamine et doit s'effectuer suivant un mécanisme analogue; l'histamine étant hypotensive et vaso-dilatatrice, il lui a paru logique d'employer pour contrebalancer ses effets l'adrénaline qui est hypertensive et vaso-constrictrice.

Lucien Rouquès.

L. Lami (Brescia). ***Augmentation du pouvoir réticulocytogène du suc gastrique chez les individus normaux traités par voie parentérale par les extraits gastriques*** (*La Riforma medica*, t. **54**, n° 1, 8 Janvier 1938, p. 6-15). — On sait que le suc gastrique de l'homme injecté au rat ou à la souris blanche provoque une prolifération des réticulocytes, méthode qui a été proposée pour déceler le principe antipernicieux dans ce suc. L. a prélevé chez 4 sujets normaux le suc gastrique recueilli après injection d'histamine au cours de la digestion d'un repas de viande, avant et après 6 jours d'injections quotidiennes d'un extrait hépatique; le suc filtré et neutralisé fut injecté à la dose de 2 cm^3 à des souris blanches dont le taux réticulocytaire fut étudié pendant un mois; dans tous les cas, L. a constaté que le suc prélevé après le traitement par le foie avait une action favorisante plus accusée sur la réticulocytose que le suc prélevé avant: le pourcentage de 10 à 15 pour 1.000 s'élevait à 150-200 pour 1.000 vers le 5e-6e ou vers le 10e-12e jour dans le premier cas, à 50-70 pour 1.000 entre le 3e et le 6e jour dans le second. Le suc gastrique prélevé après injection d'histamine sans repas préalable chez des sujets normaux soumis à l'hépatothérapie n'a qu'une action stimulante extrêmement faible sur la réticulocytose.

Lucien Rouquès.

S. Romano (Naples). ***Possibilité de réaliser une pneumolyse extrapleurale non chirurgicale limitée aux régions hautes du poumon*** (*La Riforma medica*, t. **54**, n° 2, 15 Janvier 1938, p. 43-46). — R. s'est proposé d'obtenir une pneumolyse extra-pleurale limitée aux parties hautes du poumon; dans ce but, avant de procéder à l'injection du gaz ou du liquide destiné à décoller la plèvre pariétale de la paroi thoracique, il provoque un barrage à la hauteur voulue en injectant quelques gouttes d'huile de paraffine ou de vaseline goménolée dans le tissu conjonctif qui est au contact de la plèvre; il se produit ainsi une réaction inflammatoire, puis scléreuse, qui aboutit à une symphyse pleuro-pariétale; on peut ensuite injecter au-dessus de la zone d'adhérences du sérum physiologique ou du gaz et lorsque le décollement de la partie sus-jacente de la plèvre est obtenu, on remplace le gaz ou le liquide par une substance huileuse non résorbable comme l'huile de vaseline.

Lucien Rouquès.

ARCHIVIO ITALIANO DELLE MALATTIE DELL' APPARATO DIGERENTE (Bologne)

E. Liesch et **A. Billi** (Florence). ***Recherches sur le fonctionnement du tube digestif d'un homme de 19 ans ayant subi une résection étendue (83 pour 100) de l'intestin grêle; phénomènes d'adaptation*** (*Archivio italiano delle malattie dell' apparato digerente*, t. **6**, n° 4, Décembre 1937, p. 487-522). — Un jeune homme de 19 ans présente après une péritonite par perforation appendiculaire une série de crises douloureuses abdominales avec vomissements, puis une crise plus forte avec occlusion; l'opération montre que les anses grêles sont agglutinées et une série de brides cicatricielles; ne pouvant pas trouver l'obstacle, on anastomose une anse dilatée à une anse vide; 9 jours plus tard, nouvelle crise d'occlusion: on résèque alors le grêle depuis un point situé 40 *cm.* au-dessous du ligament de Treitz jusqu'à la valvule iléo-cæcale incluse (soit 3 *m.* 60 d'intestin) et on rétablit la continuité par une entéro-colostomie latéro-latérale antipéristaltique.

Une étude complète du fonctionnement digestif faite 3 mois après l'opération a mis en évidence un défaut accentué de l'absorption des graisses; l'utilisation des protéines semblait suffisante au moins quantitativement; celle des glucides était normale; une série de phénomènes de compensation s'étaient produits: en amont comme en aval de la résection, le tube digestif avait subi une certaine dilatation, sur le reste du grêle, sur le cæcum et le côlon; le temps d'évacuation de l'estomac était nettement allongé, ce qui compensait en grande partie les conséquences de la traversée extrêmement rapide du grêle; la sécrétion gastrique était plus abondante et plus durable que normalement. La résorption de l'eau s'effectuait correctement, les matières donnant la proportion habituelle de résidu sec, mais le sujet perdait cependant de l'eau par suite de la grande quantité de matières fécales qu'il émettait quotidiennement; le bilan du chlore était normal. Le sujet présentait une légère insuffisance hépatique et des phénomènes (asthénie, chute et amincissement des cheveux, modifications du caractère) pouvant faire penser à une insuffisance surrénale sans doute associée à une carence polyvitaminique.

Revu un an après l'opération, le malade avait un état général satisfaisant lui permettant une vie assez mouvementée; il avait une ou deux selles par jour; les fèces étaient toujours pâteuses mais avaient perdu l'odeur acide pénétrante qu'elles avaient aussitôt après la résection.

On conseille de donner à de tels malades une alimentation riche en glucides, pauvre en protéines et surtout en lipides; mais L. et B. estiment qu'il n'y a pas lieu de réduire les protéines et les lipides sous prétexte qu'ils ne sont absorbés qu'en partie; on peut en donner pourvu que le sujet ne présente pas d'intolérance alimentaire ou d'hypermotilité intestinale; d'ailleurs, le malade de L. et B. n'a pas tardé à reprendre une alimentation normale. L'administration d'extraits pancréatiques n'est à conseiller que lorsque le déficit de la glande est démontré; par contre, des extraits cortico-surrénaux doivent être donnés chaque fois que l'absorption des graisses est insuffisante.

Lucien Rouquès.

C. Cella (Padoue). ***Sur le comportement de la calcémie pendant la période digestive et ses relations avec les divers degrés de l'acidité gastrique*** (*Archivio italiano delle malattie dell' apparato digerente*, t. **7**, n° 1, Janvier 1938, p. 25-48). — C. a étudié sur une série de sujets atteints d'affections variées et présentant tous les degrés d'acidité gastrique les variations éventuelles de la calcémie comparées à celles de l'acidité; il déterminait la courbe de l'acidité par extraction fractionnée d'un repas d'Ewald et faisait pendant la même période plusieurs dosages de calcémie. Chez les sujets ayant à jeun une chlorhydrie normale ou augmentée (ulcères gastriques ou duodénaux), il n'y a aucun parallélisme entre les courbes de l'acidité et de la calcémie; ce qui va à l'encontre des résultats de Cardenal et Martinez qui avaient cru trouver dans le parallélisme des courbes dans l'ulcère gastrique et leur non-parallélisme dans l'ulcère duodénal un élément de diagnostic différentiel. Chez les sujets hypo- ou anachlorhydriques, les deux courbes sont généralement parallèles, en ce sens que la calcémie et l'acidité ne varient pas sensiblement; dans un tiers des cas, la chlorhydrie augmente légèrement tandis que la calcémie diminue. Sur les 51 sujets examinés, la calcémie a été 42 fois normale, 7 fois augmentée (5 hyperchlorhydriques, 1 normochlorhydrique, 1 anachlorhydrique) et 2 fois diminuée (1 hyperchlorhydrique et 1 hypochlorhydrique). Dans la règle, les variations de la calcémie pendant la période digestive sont minimes (1 à 5 *mg.* par litre) et négligeables parce que de l'ordre des causes d'erreur; ce n'est que rarement que les variations sont plus fortes (10 à 17 *mg.*).

Lucien Rouquès.

ARCHIVIO PER LE SCIENZE MEDICHE (Turin)

G. Natucci et **E. Monzardo**. ***Hyperthyroïdisme expérimental consécutif à la suralimentation protéique*** (*Archivio per le scienze mediche*, t. **45**, n° 3, Mars 1938, p. 453-474). — Les recherches de N. et M. ont été faites sur 6 chiens-loups d'une même portée, pris dès le sevrage, à un mois et demi et élevés dans une région où il n'y a pas de goitre (on sait en effet que dans les zones où le goitre est endémique, les animaux domestiques sont atteints dans une large mesure); ces animaux furent nourris de tissu musculo-tendineux cru de cheval et d'eau de pluie; la viande est très peu riche en lipides (0,5 à 4 pour 100) et en hydrates de carbone (1 pour 100); aussi cette alimentation peut-elle être considérée comme presque exclusivement protéique; mais elle est aussi pauvre en iode, facteur qui ne paraît pas très important, très pauvre en vitamines A, B, C, D (la vitamine E existe dans la viande) et insuffisante en calcium; ce dernier facteur ne paraît pas en cause, 3 des chiens ayant reçu par jour 1 *g.* de phosphate tricalcique et ayant présenté absolument les mêmes altérations que les autres; ces altérations rappelaient celles de la maladie de Basedow: augmentation de poids de la glande, follicules à lumière très petite; colloïde très peu abondante, fluide, granuleuse, tendant à la basophilie, polymorphisme des alvéoles à parois irrégulières, tapissées par de grandes cellules cylindriques; prolifération de l'épithélium interfolliculaire. Les animaux avaient présenté un arrêt de développement, un



GOUTTES
I.A.M.
Antilymphatique puissant
à l'Iodo méthyl Arsinate de Manganèse
agissent toujours et très vite dans
AFFECTIONS GANGLIONNAIRES
ANOREXIES
ASTHÉNIES
ÉTATS ANÉMIQUES
ASTHME • BRONCHITES
CONVALESCENCES
15 à 20 GOUTTES matin & soir
SIROP "I.A.M"
Pour ENFANTS. 1 cuiller matin & soir
Echantillons & littératures
LABORATOIRES du Dr LAVOUÉ
RENNES (France)

amaigrissement rapidement progressif avec disparition presque totale de la graisse et hypotrophie musculaire, cela malgré leur polyphagie et une nourriture abondante; ils avaient perdu leur vivacité.

Ces recherches viennent à l'appui de celles de Rondoni et Wegelin qui avaient fait des constatations analogues et de celles de Kirsch qui a remarqué qu'inversement on déterminait un état d'hypofonctionnement thyroïdien par un régime pauvre en protéines.

LUCIEN ROUQUÈS.

GAZETTA DEGLI OSPEDALI E DELLE CLINICHE (Milan)

F. Agnello (Syracuse). ***Sur les blépharites parasitaires et spécialement celles qui sont dues aux phtirius*** (*Gazzetta degli ospedali e delle cliniche*, t. **58**, n° 44, 24 Octobre 1937, p. 1039-1040). — Considérées comme rares, les blépharites parasitaires sont en réalité relativement fréquentes, mais elles sont souvent méconnues; en 3 ans, A. a observé 4 cas de blépharites dues aux phtirius pubis; le diagnostic est facile car l'aspect pulvérulent des lésions doit attirer l'attention et l'examen à la loupe montre les parasites; l'épilation amène rapidement la guérison; un des malades étudiés ne présentait pas d'autre manifestation de phtiriase. A. rappelle brièvement les autres agents éventuels de blépharite parasitaire: tricophyties, certains acares des Antilles voisins du sarcopte de la gale, demodex, filaires, poux des 3 variétés (tête, corps et pubis).

LUCIEN ROUQUÈS.

P. Salvi (Naples). ***Traitement de l'hyperazotémie par l'acide hydroxybenzoïque (acide quinique)*** [*Gazzetta degli ospedali e delle cliniche*, t. **58**, n° 49, 5 Décembre 1937, p. 1160-1163]. — S. a expérimenté chez une vingtaine de malades atteints de néphrite aiguë ou chronique, légère ou grave, avec azotémie, l'acide hydroxybenzoïque ou acide quinique préconisé en 1927 par Artault de Vevey; le médicament est donné par la bouche à la dose quotidienne moyenne de 0 *g.* 50 en deux prises; dans beaucoup de cas on observe la baisse de l'azotémie avec amélioration de l'état général; la baisse, ainsi qu'il résulte des tableaux de S., est d'ailleurs plus nette dans les azotémies modérées que dans les fortes azotémies : 0 *g.* 50 à 0 *g.* 25, 0 *g.* 90 à 0 *g.* 40, 1 *g.* 50 à 1 *g.* 35, 2 *g.* 70 à 2 *g.* 40, 2 *g.* 30 à 2 *g.* 20, etc. Lorsque le traitement est inefficace, il semble qu'il y ait un trouble grave associé de la fonction hépatique démontré par l'établissement de la courbe aminoacidémique; mais pas plus chez ces malades que chez les autres, l'administration du médicament ne paraît léser le foie. L'acide quinique ne paraît pas agir en inhibant la fonction uréopoiétique du foie mais en exerçant une influence modératrice sur le métabolisme général des protides.

LUCIEN ROUQUÈS.

E. Storti (Pavie). ***Importance bactériologique et parasitologique de la culture et de l'examen microscopique de la moelle osseuse*** (*Gazzetta degli ospedali e delle cliniche*, t. **59**, n° 11, 13 Mars 1938, p. 253-258). — Dans la mélitococcie, la médullo-culture est positive dans une bien plus forte proportion de cas que l'hémoculture et peut l'être même dans les périodes d'apyrexie complète. Dans la fièvre typhoïde, la médulloculture est presque toujours positive; elle le reste jusque vers le 25e-30e jour et dans quelques cas rares jusqu'à guérison complète (60e jour); on voit son intérêt pour le diagnostic lorsque l'hémoculture est négative et le sérodiagnostic sans valeur comme chez les vaccinés. Dans les septicémies à streptocoques, la médulloculture est toujours positive quand l'hémoculture l'est et peut l'être aussi quand l'hémoculture est négative. Dans la tuberculose pulmonaire, la médulloculture est toujours négative pendant la vie ou aussitôt après la mort; elle est presque toujours positive lorsqu'on la pratique à l'autopsie. Dans le paludisme, les hématozoaires sont fréquemment rencontrés sur les frottis de moelle osseuse, même à distance des accès, et le sang n'en montrant pas. Dans les leishmanioses de l'enfant et de l'adulte, les parasites sont trouvés dans les frottis de moelle presque aussi souvent que dans le suc splénique.

LUCIEN ROUQUÈS.

A. Baserga (Catane). ***Contribution clinique à l'étude des Rickettsioses*** (*Gazzetta degli ospedali e delle cliniche*, t. **59**, n° 18, 27 Mars 1938, p. 307-314). — Au printemps de 1937, B. a pu observer à Catane 3 cas d'une fièvre exanthématique avec réaction de Weil-Félix positive et inoculation positive du sang au cobaye (apparition de l'orchite caractéristique); il paraît probable que ces cas doivent être rattachés au typhus type Brill plutôt qu'au typhus type Conor-Carducci, mais il est impossible de l'affirmer absolument en l'absence d'épreuves d'immunité croisée. Les 3 cas se terminèrent par la guérison, mais l'évolution pour deux ne peut pas être qualifiée de bénigne (un des malades ayant présenté un méningisme transitoire et l'autre des complications pulmonaires). A noter que dans un cas, la réaction de Wassermann a été positive pendant la période fébrile, fait déjà remarqué dans la plupart des cas de typhus exanthématique épidémique.

LUCIEN ROUQUÈS.

ACTA DERMATO-VENEREOLOGICA (Stockholm)

Beintema. ***Formation osseuse cutanée post-traumatique*** (*Acta dermato-venereologica*, t. **19**, fasc. 1, Mars 1938, p. 49-55). — Une fillette de 12 ans, en montant dans une auto, se fit une plaie assez profonde au niveau du tibia gauche et qui guérit lentement. Il se forma une petite tuméfaction recouverte d'une croûte et qui saignait facilement quand on arrachait la croûte. Finalement la plaie se cicatrisa, mais il persista une tuméfaction de 2 *cm.* de large sur 3 *cm.* de long, donnant à la palpation la sensation de corps dur calcaire; on pensa à un granulome calcaire post-traumatique.

Après ablation, la plaie guérit par première intention. L'examen histologique montra au milieu d'un tissu de granulation la présence de nombreux foyers osseux, qui paraissent avoir été produits par une dislocation traumatique de parcelles de périoste.

Un cas analogue a été rapporté par Musger chez une fillette de 8 ans. R. BURNIER.

Carol et **Prakken.** ***Cinq cas de maladie de Paget du mamelon*** (*Acta dermato-venereologica*, t. **19**, fasc. 1, Mars 1938, p. 56-74). — C. et P. rapportent 5 cas de maladie de Paget du mamelon, qui furent traités par l'amputation chirurgicale du sein, avec curage axillaire, ce qui permit de faire un examen histologique détaillé.

Dans 3 cas, on constata un cancer déjà profond de la glande mammaire, avec métastases axillaires; dans un seul de ces cas on avait senti avant l'opération une tumeur mammaire; chez une malade, il existait deux foyers cancéreux assez éloignés l'un de l'autre dans la glande mammaire.

Dans 2 cas, on ne put trouver, malgré une recherche attentive, de cancer glandulaire dans la pièce enlevée chirurgicalement.

La maladie de Paget paraît être un cancer dès l'origine, débutant par l'épithélium des conduits galactophores, près de l'orifice mamelonnaire, et évoluant dans le derme; souvent aussi l'épithélium des galactophores profonds est atteint.

Ce cancer est caractérisé par son épidermotropisme, son évolution intra-épithéliale et par son histologie typique.

D'autres cancers du sein, proliférant dans la peau, ont parfois une histologie voisine de celle de la maladie de Paget, mais ils doivent être nettement séparés de cette affection.

R. BURNIER.

Jorno. ***Contribution à l'étude de l'érythroplasie de Queyrat*** (*Acta dermato-venereologica*, t. **19**, fasc. 1, Mars 1938, p. 123-146). — Depuis que Queyrat a décrit son érythroplasie en **1911**, on a discuté sur les rapports de cette affection avec la maladie de Bowen.

Chez une femme de 45 ans, J. constate sur la grande lèvre droite, sur la peau et empiétant sur la muqueuse, une plaque ovalaire de 1 *cm.* sur 2 *cm.* 5, à surface lisse, un peu veloutée, rougeâtre, montrant par places une certaine papillomatose. Ganglions inguinaux normaux. On hésite entre le diagnostic de maladie de Bowen et d'érythroplasie.

La lésion fut extirpée en totalité et incluse en 10 blocs. Le tableau typique de la maladie de Bowen ne fut constaté que sur quelques coupes d'un bloc. Dans les 9 autres blocs, on notait une hyperplasie disciplinée de l'épithélium, avec faible dyskératose. Partout on trouve des mitoses typiques et atypiques. Ganglions normaux.

J. pense que la maladie de Queyrat et celle de Bowen ont le même fond pathologique; mais le processus donne lieu à différentes combinaisons, ce qui explique les aberrations de la forme histologique classique, qu'on rencontre dans plusieurs cas publiés de maladie de Queyrat.

Le cas de J. peut être considéré comme une forme de transition entre le tableau classique de la maladie de Queyrat et celle de Bowen. Il s'agit là d'un cancer d'emblée d'un type spécial, n'ayant aucune tendance à l'envahissement, à la destruction et aux métastases. R. BURNIER.

REVUE DES JOURNAUX

REVUE DE MÉDECINE (Paris)

J. Levesque. ***Sur une forme atypique de l'acrodynie. La forme douloureuse abdominale. Considérations sur le traitement de l'acrodynie*** (*Revue de Médecine*, t. 55, n° 4, Avril 1938, p. 196-210). — Des douleurs abdominales ne sont pas une éventualité exceptionnelle au cours de l'acrodynie. Parfois, elles revêtent l'aspect de crises douloureuses extrêmement violentes, survenant de 15 à 40 fois dans la journée, ne durant guère plus de 7 à 8 minutes, débutant brutalement, arrachant un cri à l'enfant, qui se pelotonne sur lui-même et garde l'immobilité absolue.

Leur apparition est capricieuse, sans rapport avec les repas ou les mouvements. Aucuns phénomènes digestifs, diarrhées ou vomissements n'accompagnent les crises douloureuses. Cependant, dans une des 4 observations qui servent de base à ce travail, quelques phénomènes digestifs avaient précédé les douleurs. L'examen somatique est négatif, il n'y a ni défense de la paroi, ni zone douloureuse. La pression des mains ou un léger massage semblent même atténuer ou arrêter la douleur.

Ces crises rappellent les crises viscérales du tabès ou celles de la colique de plomb. Quatre fois, L. a constaté l'existence de ce syndrome douloureux abdominal paroxystique sans signes typiques d'acrodynie, mais avec la tachycardie, l'hypertension artérielle et suffisamment de petits signes pour affirmer ce diagnostic. Il est important de songer à la possibilité de formes atypiques de l'acrodynie, caractérisées par l'existence de crises abdominales presque isolées, car le traitement de cette affection est surtout efficace lorsqu'il est précoce.

L'acétylcholine, les bains carbogazeux, la diathermie sont les médications que L. estime avoir donné le meilleur résultat.

Robert Clément.

S. Karelitz (New-York). ***Prophylaxie de la rougeole par la globuline provenant de sérum humain d'adultes immunisés*** (*Revue de Médecine*, t 55, n° 4, Avril 1938, p. 211-218). — Les globulines ont été extraites par précipitation et filtrage du sérum d'adultes immunisés contre la rougeole et préparées en volumes égaux au 1/6 et au 1/10 du volume primitif du sérum. On a injecté aux enfants 2 cm^3 1/2 ou 1 cm^3 1/2 de ces extraits là où il aurait été indiqué d'injecter 15 cm^3 du sérum d'adulte immunisé, dose estimée suffisante pour un enfant au-dessous de 3 ans; au-dessus de cet âge, on ajoute, par année, 4 à 5 cm^3 de sérum ou une dose correspondante d'extrait. Pour obtenir l'atténuation, la moitié de la dose est injectée avant le 6e jour; le 6e ou le 7e jour, il faut la dose totale.

Ces globulines ont été expérimentées sur 98 enfants réceptifs, familialement exposés à la maladie. Avec l'extrait n° 1, il y eut 21 préventions, 16 atténuations et 2 échecs; avec l'extrait n° 2, 17 préventions, 15 atténuations et 3 échecs. Plusieurs essais pour obtenir une atténuation ou apporter une protection complète et des tentatives de protection complète donnèrent seulement une atténuation.

On n'observa ni réactions locales, ni réaction générale, par l'emploi des préparations filtrées les plus concentrées, ce qui fait un contraste frappant avec les réactions douloureuses rencontrées en employant les préparations diluées.

La prophylaxie antimorbilleuse à l'aide de globulines extraites de sérum immunisé d'adultes est efficace. L'extrait est facile à préparer; de moindre volume, l'injection en est facilitée, le danger d'infection syphilitique ou tuberculeuse est éliminé, les réactions sont moindres. Il est probable que cette préparation se conservera plus longtemps que le sérum d'adulte, sans perdre son efficacité.

Robert Clément.

ARCHIVES DE MÉDECINE DES ENFANTS (Paris)

M. Péhu et **R. Noël** (Lyon). ***Sur les érythroblastoses de l'enfance*** (*Archives de médecine des enfants*, t. 41, n° 6, Juin 1938, p. 321-345). — Dans cet important mémoire, P. et N. montrent qu'on peut envisager de la façon suivante les érythroblastoses infantiles:

I. *Le plus souvent, cette anomalie sanguine représente une réaction de la moelle osseuse, survenant dans des conditions définies:* hémorragies, déglobulisation, infection, intoxication, carences alimentaires, tumeurs osseuses, etc. Cette réaction a pour but de pourvoir au remplacement des globules rouges détruits, sous des influences diverses.

La régénération se produit avec une grande rapidité. Dans ces conditions, la moelle osseuse est immédiatement sollicitée à un hyperfonctionnement. On peut citer dans ce domaine le syndrome connu sous le nom d'anémie aiguë de Lederer (1925). Il se montre dans l'enfance, à l'âge adulte et même tard dans la vie.

L'érythroblastose est un indice que la moelle osseuse possède une capacité érythroblastique plus ou moins étendue. Elle est souvent observée dans la première enfance, c'est-à-dire à une période de la vie où l'appareil sanguiformateur est encore chronologiquement et physiologiquement rapproché de la vie embryonnaire ou fœtale. Dans la deuxième enfance et dans l'adolescence, cette anomalie sanguine est beaucoup moins fréquente. Assez souvent, les érythroblastoses sont associées à une augmentation numérique des globules blancs: ce qui donne naissance au syndrome de von Jaksch-Hayem, anémie pseudo-leucémique, toutes réserves faites sur sa nature exacte et sur sa place dans la nosologie du premier âge.

La perturbation sanguine témoigne que l'anémie a une intensité moyenne. Une anémie légère ne s'accompagne pas de « réactions érythroblastiques ». Tout à l'opposé, dans des formes graves arégénératives, aplastiques, on ne constate, dans le sang périphérique, aucun élément jeune, aucune cellule non mûre, à quelque étape que ce soit du développement globulaire.

Dans ce premier groupe, le trouble sanguin est secondaire: on ne peut pas attribuer à ces maladies le nom d'érythroblastose. Elles doivent conserver leur appellation d'origine, c'est-à-dire le nom de la maladie qui s'accompagne de l'anomalie sanguine, mais cette dernière restant à l'état de manifestation seconde. Ce sont les *anémies érythroblastiques*.

II. *Ailleurs, la présence de globules nucléés paraît constituer le substratum de la maladie et même son essence.* La symptomatologie clinique diffère beaucoup suivant les types morbides. Mais comme l'anomalie sanguine a été, jusqu'ici du moins, considérée comme constante, on a créé le groupe des maladies érythroblastiques: dans la période « périnatale », les érythroblastoses du fœtus et du nouveau-né; myéloses aiguës du nourrisson; dans la deuxième enfance, anémie splénomégalique type Cooley; enfin une variété un peu voisine, cependant distincte: la maladie marmoréenne des os. Ces affections paraissent être primitives. L'érythroblastose peut être envisagée comme traduisant une évolution irrégulière du globule rouge qui ne peut accomplir son cycle cellulaire complet qui demeure non mûr. *C'est d'un processus dysgénétique, non régénératif ou réparateur, qu'il s'agit: la différence est d'importance.*

Ces diverses affections ont un caractère commun qui doit être mis en relief: elles sont, pour la plupart, congénitales, raciales ou familiales. Il faut les ranger dans le groupe des hémopathies constitutionnelles.

Mais, même *dans cette classe des érythroblastoses en apparence autonomes, primaires, il est actuellement établi que la perturbation sanguine n'est pas constante.* On a publié des observations authentiques d'ictère grave familial du nouveau-né dans lesquelles, le tableau clinique et l'évolution étant cependant caractéristique, manquait complètement l'érythroblastémie. Dans l'anémie de Cooley, des études minutieuses ont montré que, au début, le sang ne renferme pas obligatoirement des globules rouges nucléés; à la phase terminale, peut-être avec l'épuisement progressif de la moelle osseuse, l'érythroblastémie est très réduite. Dans ces circonstances, il n'est nullement démontré que l'érythroblastose soit le substratum même de la maladie.

Mais la diversité des conditions étiologiques impose cette idée que la présence de l'érythroblaste dans le sang périphérique et dans des organes normalement non hématopoïétiques ne constitue pas l'essentiel de la maladie. Le terme d'érythroblastose est appliqué à plusieurs maladies. Mais en raison de la diversité des manifestations cliniques, s'accompagnant d'érythroblastoses sanguines ou viscérales, force est bien de conclure que l'anomalie sanguine doit être considérée bien plus comme un témoin que comme une cause première.

G. Schreiber.

A. Flax et **M. Waldstein** fils (de Galatz). ***Contribution à l'étude des érythroblastoses concernant un cas d'érythroblastose familiale*** (*Archives de Médecine des Enfants*, t. 41, n° 6, Juin 1938, p. 346-355). — F. et W. publient une première observation d'une fillette d'un mois qui succombe 3 jours après son admission au dispensaire. De l'étude clinique, biologique et nécropsique de ce cas, il résulte qu'il s'agit d'une anémie pseudoleucémique de von Jaksch-Hayem-Luzet.

Deux ans plus tard, la mère de cette enfant met au monde une autre fillette (5e grossesse) vue par F. et W. 3 jours après la naissance. Celle-ci est atteinte d'une affection qui reproduit presque exactement celle de la fillette précédente tant au point de vue clinique qu'au point de vue hématologique. Dans ce second cas, le caractère congénital de la maladie est évident et cette constatation incite F. et W. à admettre que la première maladie est également congénitale.

D'après les cas observés par eux dans cette même famille: 2 enfants sains, 1 mort d'ictère, 1 mort de la maladie de von Jaksch-Hayem-Luzet,

1 mort d'érythroblastose congénitale, F. et W. considèrent que les maladies érythroblastiques présentent aussi des formes intermédiaires entre le groupe de maladies de la première période (anémie grave congénitale, anasarque congénitale et ictère grave congénital) et le groupe de maladies de la deuxième période tardive (Cooley et von Jaksch-Hayem-Luzet).

F. et W. estiment que les maladies érythroblastiques sont des maladies constitutionnelles hérédo-familiales. Ils considèrent les érythroblastes non comme des éléments jeunes, régénérateurs, mais comme des éléments pathologiques.

Le cadre nosologique des érythroblastoses est le plus favorable à toutes les maladies où *cliniquement* existe une anémie importante avec splénomégalie et hépatomégalie; *hématologiquement* une grande érythroblastose, *histologiquement* et *pathologiquement* une transformation érythroblastique myéloïde. Ces érythroblastoses peuvent se manifester dans la période fœtale, congénitale ou dans la première enfance. G. Schreiber.

JOURNAL DE PHYSIOLOGIE ET DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE (Paris)

L. Binet et **Ch. Jaulmes.** ***Action des poumons isolés sur les germes microbiens introduits dans le sang*** (*Journal de Physiologie et de Pathologie générale*, t. **36**, n° 2, Juin 1938, p 419-439). — Les expériences de B. et J. montrent qu'un poumon isolé aseptiquement, rythmiquement ventilé, perfusé avec du sang citraté, placé dans des conditions physiologiques (température, hydratation) est capable d'agir sur des bactéries ajoutées au sang de la perfusion : elles disparaissent progressivement du sang. Il en a été ainsi pour l'entérocoque, le streptocoque hémolytique, le bacille du rouget, la bactéridie charbonneuse et le B. pyocyanique.

La numération précise des germes du sang montre que cette action est manifeste au bout d'une heure (80 à 95 pour 100 des germes ont disparu du sang au bout de ce délai) et s'accentue par la suite.

B. et J. ont essayé d'analyser ce phénomène en étudiant successivement divers facteurs : facteur sanguin (rôle des leucocytes et des plaquettes), facteur gazeux (influence de la composition de l'atmosphère gazeuse qui circule dans les poumons) et facteur pulmonaire proprement dit. Ces trois facteurs semblent intervenir, le facteur sanguin et le facteur pulmonaire étant prépondérants.

L'addition d'encre de Chine au sang circulant atténue ou retarde considérablement l'action des poumons sur les germes.

L'étude histologique des poumons perfusés a montré que, après trois heures de perfusion, les germes se retrouvent uniquement dans le système vasculaire des poumons. Un petit nombre sont libres, soit accolés à des amas de plaquettes, soit appliqués sur l'endothélium vasculaire, mais la plupart sont phagocytés par les polynucléaires neutrophiles.

Si l'on ajoute de l'encre de Chine au sang, elle se retrouve dans les lumières vasculaires, dans le protoplasme des polynucléaires, et les germes, libres le plus souvent, sont en nombre bien plus considérable.

Dans les délais de ces expériences il ne fut constaté aucune réaction des cellules du revêtement alvéolaire qui ne contiennent ni encre de Chine ni germes. P.-L. Marie.

MEDIZINISCHE KLINIK (Berlin, Prague, Vienne)

Schmidt (Prague). ***Les fumeurs et la pathologie interne*** (*Medizinische Klinik*, t. **34**, n° 20, 20 Mai 1938, p. 665-669). — S. a examiné les rapports susceptibles d'exister entre le tabagisme et certaines maladies.

Il existerait une relation entre la nicotine et les troubles du tube digestif. Elle serait susceptible de déterminer des symptômes subjectifs tels que: pyrosis, nausées, sensations de brûlures gastriques ou intestinales, des crampes douloureuses épigastriques, etc...

Ces douleurs fréquentes chez les fumeurs pourraient être dues, selon S., soit à une névralgie viscérale, soit à des modifications du péristaltisme intestinal, soit enfin à des modifications des sécrétions biliaires. Dans ce dernier cas la nicotine n'aurait qu'un effet sensibilisateur.

Dans la plupart des symptômes décrits il est difficile de distinguer ceux des troubles qui sont dus à l'action de la nicotine et ceux qui ont à leur origine des ulcères. Ce qui caractériserait surtout les affections imputables à la nicotine est le fait que les douleurs sont perçues après absorption de lait. Il existerait également des douleurs dentaires, des névralgies scapulaires et parfois de la diarrhée. Quelques exercices physiques seraient susceptibles d'améliorer très rapidement ce symptôme que l'on ne constate pas, ou très rarement seulement, en cas d'ulcères.

Des troubles objectifs seraient dus aux rapports entre la nicotine et le péristaltisme ou la tonicité des muscles du tube digestif. Il en résulterait des diarrhées fréquentes suivies de périodes de stase.

Les troubles de l'appareil circulatoire imputables à la nicotine sont également fréquents, nous noterons la claudication intermittente, des douleurs cardiaques angineuses (dues à l'effet de la nicotine sur le plexus cardio-aortique et action exagérée des nerfs vaso-dilatateurs).

Lorsqu'il y a tendance naturelle à l'hypertension, S. conseille l'abstention de fumer.

Selon S. il y aurait un retentissement important sur le système nerveux végétatif de l'intoxication par la nicotine. Pour les voies respiratoires c'est moins la nicotine que l'effet de la fumée qui provoque la toux d'ailleurs souvent nerveuse.

S. conclut en examinant les possibilités de désintoxication des malades. G. Hausser.

Kaufmann (Hambourg). ***L'hypertrophie de la prostate chez des jumeaux uni-vitellins*** (*Medizinische Klinik*, t. **34**, n° 20, 20 Mai 1938, p 680-681). — L'hypertrophie de la prostate se rencontre surtout chez les gens âgés. Le plus souvent il s'agit de l'hypertrophie adénomateuse. L'origine de cette transformation est encore mal connue et de nombreuses explications en ont été données. Certains prétendent qu'il s'agit d'un processus néoplasique, d'autres d'irritations chroniques de la prostate ou, enfin, dans certains cas, d'anomalies constitutionnelles, enfin certains auteurs ont accusé une déficience testiculaire.

On a également démontré la coïncidence fréquente avec la goutte et le rhumatisme.

K. rapporte le cas de jumeaux uni-vitellins qui, non seulement, présentaient une ressemblance extraordinaire, mais qui pendant toute leur existence eurent une pathologie identique. L'un fut atteint, dans sa 46° année, de rhumatisme articulaire et, à l'âge de 47 ans, de calculs biliaires. L'autre fut traité à 68 ans pour calculs rénaux, à 76 ans il fut opéré pour hypertrophie prostatique et mourut 2 semaines après la prostatectomie. Son frère qui présentait cette même hypertrophie fut également opéré, mais survécut 4 ans après l'intervention.

K. suppose que ce cas d'hypertrophie prostatique chez des jumeaux uni-vitellins à la même année et avec les mêmes symptômes histologiques souligne l'importance constitutionnelle dans la détermination de ces hypertrophies. G. Hausser.

Kuhlmann (Halle). ***La preuve radiologique de la tuberculose en cas de pleurite avec épanchement*** (*Medizinische Klinik*, t. **34**, n° 22, 3 Juin 1938, p. 546). — K. souligne le fait que chez 87 pour 100 des malades âgés de moins de 30 ans et atteints de pleurite apparemment primaire, il y avait, en réalité, une tuberculose sous-jacente.

Même pour les malades âgés de plus de 30 ans, 71 pour 100 des pleurites seraient encore de caractère tuberculeux.

En raison de la difficulté du diagnostic de tuberculose pulmonaire en cas de pleurite avec épanchement, K. a élaboré une méthode radiologique pour déterminer l'existence de cette tuberculose.

Dans de nombreux cas de pleurite, il a pu observer des petits foyers tuberculeux pulmonaires, en général sous-claviculaires. Par ce procédé, la ponction s'avère inutile.

K. croit que ce fait, à lui seul, montre toute l'importance que le nouveau procédé peut avoir. En général, en effet, la ponction nuit à l'évolution normale et à la guérison de la pleurite.

Le traitement conservateur de l'épanchement que préconise K. est donc favorisé par cette méthode de dépistage radiologique de la tuberculose.

K. recommande enfin d'examiner la partie intéressante des poumons par des radiations pénétrant le thorax parallèlement aux côtes.

G. Hausser.

Wohlfeil, T. (Berlin). ***Fièvre typhoïde et porteurs de germe*** (*Medizinische Klinik*, t. **34**, n° 24, 17 Juin 1938, p. 800). — W. observe que la fièvre typhoïde est incontestablement due à une affection bacillaire.

Il n'est pas non plus douteux que le sujet atteint de fièvre typhoïde constitue une source de propagation de cette affection; une réglementation stricte instituée dans tous les pays réduit toutefois le danger d'infection pour les malades.

Par contre, le porteur de germe constitue toujours la source infectante la plus grave; même lorsque les bacilles trouvés dans de l'eau ou du lait ont provoqué une épidémie, c'est le plus souvent, en réalité, un porteur de germe qui est à l'origine.

W. rappelle que les bacilles peuvent vivre des semaines, et plus rarement des mois, dans l'eau, mais qu'ils finissent pourtant par périr après un certain délai, tandis que les porteurs de germe peuvent éliminer des bacilles pendant toute leur vie.

C'est pourquoi la tâche primordiale que doit s'assigner toute mesure d'hygiène est le dépistage de ces porteurs et leur éloignement de toute entreprise de manipulation ou de fabrication de vivres. Ce dépistage doit être conduit d'après un plan général en tenant compte des particularités du pays et de la population.

Toutes les personnes susceptibles d'être incriminées doivent être examinées à plusieurs reprises car un résultat négatif dans un seul examen ne permet point de rejeter *a priori* des porteurs de germe.

Dès qu'on a constaté l'existence d'un tel sujet, il faudrait le soumettre à un contrôle continu et éventuellement, même, jusqu'à la fin de sa vie.

Il faut remarquer que, non seulement peuvent être porteurs de germe des malades apparemment guéris de fièvre typhoïde, mais aussi des personnes qui n'ont jamais semblé avoir été atteintes par cette maladie.

Aucune méthode n'a donné, jusqu'à présent, de résultats satisfaisants quant au traitement; l'ablation de la vésicule biliaire n'a pas donné ce qu'on pouvait en attendre. De même un traitement chimiothérapique n'a donné de résultats favorables que dans des cas isolés.

G. Hausser.

Blumberger K. (Hildesheim). ***Traitement de la brucellose par les transfusions de sang*** (*Medizinische Klinik*, t. **34**, n° 24, 17 Juin 1938, p. 805). — B. a observé un agriculteur de 41 ans qui fut atteint d'une brucellose aiguë.

Une thérapeutique comportant l'alternance de néo-salvarsan et de trypaflavine n'a pas donné de résultat. La vaccinothérapie non plus (par l'omnabiline), le prontosil n'a amené qu'une légère baisse de la température alors que la leucopénie augmentait et que survenaient des troubles circulatoires (défaillance cardiaque).

Après les transfusions sanguines (350 cm_3 de sang, auxquels étaient ajoutés 35 cm_3 de citrate de sodium, 75 cm_3 de chlorure de sodium), répétées 4 fois, la température s'est d'abord élevée brutalement, mais baissait régulièrement ensuite, laissant place à une guérison complète et rapide.

B. croit que cette prompte guérison est imputable à la transfusion du sang, quoiqu'il ne puisse pas éliminer la possibilité d'une guérison spontanée. Il croit qu'à l'avenir, l'immuno-transfusion serait à préconiser dans des cas graves de brucellose.

B. n'avait pu la pratiquer auparavant car il manquait de donneurs de sang.

G. Hausser.

ARCHIV FUR HYGIENE UND BAKTERIOLOGIE (Munich)

H. Anton. ***Mesure et enregistrement continu de la température de la peau chez l'homme*** (*Archiv für Hygiene und Bakteriologie*, t. **120**, n° 2, Mai 1938, p. 63-104). — Dans la première partie de ce travail, A. passe en revue les diverses méthodes proposées pour la mesure des températures cutanées et en fait la critique.

Dans la seconde partie, il traite de la mesure de la température de la peau, couverte et découverte, au moyen d'un nouvel appareil thermo-électrique à lecture directe employant le procédé par contact, construit par la maison Hartmann et Braun de Francfort, dont il donne une description détaillée. Le thermo-élément est arciforme et constitué par des fils de manganine et de konstantan. La mesure se fait avec un galvanomètre à miroir spécial. A. indique ensuite de nouvelles formes de thermo-élément permettant la prise de la température sous les vêtements.

Dans la troisième partie, il décrit minutieusement un appareillage destiné à l'enregistrement continu et simultané de la température en de nombreux points de la peau couverte et découverte. Dans cette méthode, l'instrument enregistreur est un galvanomètre à corde, muni d'un dispositif photographique. A. s'attache, d'autre part, au problème de l'obtention de températures constantes de référence et d'étalonnage pour les mesures thermo-électriques.

P.-L. Marie.

H. Anton et **F. Elsässer.** ***Les comportements des températures cutanées de diverses régions du corps, en particulier des épaules, lors des essais de refroidissement*** (*Archiv für Hygiene und Bakteriologie*, t. **120**, n° 2, Mai 1938, p. 105-128). — En possession d'une méthode satisfaisante pour la prise des températures cutanées, en particulier dans les endroits recouverts de vêtements, A. et E. ont fait des essais au cours desquels ils ont enregistré de façon continue la température de la peau en différents endroits du corps, avant et pendant un fort refroidissement de l'air de la pièce où se trouvaient les sujets. Ils ont constaté que la région des épaules, en particulier la portion qui répond à l'acromion et au deltoïde, se refroidit bien plus que les autres parties du tronc.

Si l'on revêt le sujet d'une pièce d'habillement que l'on peut appeler « couvre-épaules » et qui se place sous les vêtements, ce refroidissement plus accentué de la région scapulaire peut être presque complètement évité. A. et E. conseillent le port habituel de cette pièce d'habillement supplémentaire.

P.-L. Marie.

ARCHIV für KLINISCHE CHIRURGIE (Berlin)

Max Biebl (Magdeburg). ***La maladie lipophagique de l'articulation du genou (synovite lipophage et granulome lipophage), une nouvelle affection de l'articulation du genou et des jointures en général*** (*Archiv für klinische Chirurgie*, t. **191**, fasc. 2-3, 8 Mars 1938, p. 237-326). B. apporte, ici, deux cas personnels, très complètement étudiés, de ce nouveau syndrome qu'il aurait observé le premier: la maladie lipophagique de l'articulation du genou. Ces deux cas sont, en tout, semblables l'un à l'autre: il s'agit de sujets jeunes qui, à la suite d'un traumatisme, voient apparaître un gonflement articulaire, une distension de la jointure par un épanchement qui se résorbe, se reproduit pour la moindre cause adjuvante, et, ainsi, récidive plusieurs fois.

A l'occasion de ces exemples, B. complète le chapitre des granulomes lipophagiques, dont on connaît bien, actuellement, les variétés mammaires (nécrose du tissu cellulo-adipeux du sein), et quelques types extra-mammaires (au niveau des membres, de la paroi abdominale, dans de volumineux lipomes), mais dont la forme articulaire est passée sous silence.

Elle est, pourtant, aux yeux de B., beaucoup moins rare qu'on ne le croit. D'anciennes observations de lipome arborescent, de lipo-arthrite traumatique, de xanthomes ou de xanthogranulomes capsulaires, de synovites hémorragiques, de tumeurs capsulaires de nature incertaine, seraient, en effet, à réviser dans ce sens.

Ainsi, la maladie lipophagique, dont B. recherche les relations avec les paraffinomes et l'oléogranulome, est un cadre assez vaste, dont les caractères primordiaux peuvent être résumés comme suit:

Du point de vue histologique, les lésions consistent en une saponification *in situ* des graisses neutres; tout autour de la cellule grasse sont de petites cellules spongieuses, macrophages, qui renferment des substances lipoïdiques. Si les lésions sont plus anciennes, à ce processus initial de saponification s'ajoutent des phénomènes réactionnels, inflammatoires, du type giganto-cellulaire, qui, peu à peu, en viennent à occuper le premier plan.

Tels sont les désordres élémentaires. Ils peuvent, selon le sens et l'importance des réactions, réaliser différentes variétés microscopiques de la maladie lipophagique. Avec Läwen, B. en distingue 3 principales, dont chacune comporte des subdivisions: 1° Type infiltrant, soit en foyer (interstitiel, périvasculaire ou folliculaire), soit diffus. 2° Type proliférant et fibroplastique. 3° Type granuleux (le véritable granulome lipophagique).

Du point de vue pathogénique, la maladie provient de l'action de ferments lipolytiques, amenés par le sang épanché sous l'influence du traumatisme initial, violent ou très modique.

Du point de vue clinique, le tableau est celui (comme dans les deux observations de B.) d'un épanchement articulaire récidivant, et, d'ordinaire, tenace. Plus rarement, il y a, à la longue, un épaississement synovial, de l'atrophie musculaire, un peu de limitation des mouvements, bref un aspect de synovite chronique qui met le clinicien devant des problèmes graves.

Du point de vue thérapeutique, il convient, d'une façon générale, d'être très conservateur. Tant que le processus est en activité, il faut attendre, immobiliser, ponctionner l'épanchement. Plus tard, on effectue l'arthrotomie et l'exérèse des tissus pathologiques.

Jean Patel.

W. Stotz (Giessen). ***Sur le phlegmon de l'estomac*** (*Archiv für klinische Chirurgie*, t. **192**, fasc. 1, 20 Mai 1938, p. 134-168). — Ayant eu l'occasion d'observer deux cas de phlegmons de l'estomac, S. a étudié, dans ce travail critique, l'état actuel de la question et il a recherché, dans la littérature, les exemples qui en ont été publiés depuis le mémoire de Finsterer, qui date de 1928; il y en a 105 en tout.

Il adopte la classification de Sundberg en: *a*) phlegmons (diffus et circonscrits, les premiers étant, semble-t-il, plus fréquents que les seconds puisque, dans le relevé de Finsterer, on note, sur 50 cas, 38 phlegmons et, parmi eux, 24 diffus et 14 circonscrits); *b*) abcès; c) formes intermédiaires.

Du point de vue étiologique et clinique, S. ne nous apporte guère de données très nouvelles. Il s'agit d'un tableau de perforation digestive ou de péritonite diffuse; ou bien, dans les formes chroniques, d'un aspect de cancer gastrique, plus exceptionnellement d'une sténose cicatricielle.

Mais le consciencieux travail de S. souligne surtout, une fois de plus, la terrible gravité de cette affection. Sur 66 cas opérés par les procédés les plus différents (la gastrectomie étant, en principe, le meilleur), il n'y eut que 19 survies: 9 seulement après résection et 10 après des interventions variées (laparotomie, gastro-entérostomie, drainage, etc.), dont il est difficile de dire quelle part elles ont eue dans la guérison.

Jean Patel.

DIE MEDIZINISCHE WELT (Berlin)

Harald Lotze. ***Question d'alimentation dans les maladies infectieuses et notamment dans la polyarthrite rhumatismale*** (*Die medizinische Welt*, t. **12**, n° 23, 4 Juin 1938, p. 803-807). — Les maladies infectieuses, y compris le rhumatisme articulaire aigu, présentent un certain nombre de symptômes communs: les sueurs, l'inappétence, une adynamie plus ou moins marquée, des hémorragies sous-cutanées et de l'anémie.

Les sueurs profuses ont pour effet d'entraîner surtout des pertes de chlorure de sodium et de troubler ainsi les échanges hydriques. D'ailleurs, l'insuffisance de NaCl provoque de la fatigabilité, et on sait que les injections de sérum salé sont, au contraire, de véritables reconstituants. Les échanges de chlorure de sodium retentissent également sur le fonctionnement de l'écorce des surrénales, de sorte qu'on est autorisé à admettre que toute fièvre contribue à épuiser cette glande. Enfin, les observations de L. ont montré que, dans le rhumatisme articulaire aigu, il y a souvent achylie complète, réfractaire à l'histamine et consécutive aux pertes de chlorure de sodium. La vitamine B_1 ne peut guère être assimilée que quand le chimisme gastrique est normal et quand elle manque il survient souvent des symptômes d'arthrite. Cette vitamine risque naturellement d'être insuffisante toutes les fois qu'il y a inappétence surtout en cas de fièvre où cette vitamine est consommée en proportion anormalement élevée. La carence de vitamine B_1 contribue à accentuer l'asthénie musculaire et l'insuffisance myocardique observées dans les infections.

En ce qui concerne la vitamine C, elle est constamment insuffisante, d'après L., dans le rhumatisme et tendance aux hémorragies cutanées qui établissent l'existence de relation entre la péliose rhumatismale et le rhumatisme vrai. Enfin, la relation des vitamines C et du fer explique que, dans les infections chroniques, l'anémie par carence de fer soit la règle.

P.-E. Morhardt.

Harald Lotze. ***Question d'alimentation dans les maladies infectieuses*** (*Die medizinische Welt*, t. **12**, n° 25, 18 Juin 1938, p. 879-884). — Les considérations relatives aux avitaminoses qui peuvent s'observer au cours des maladies infectieuses expliquent que certaines complications,

principalement du rhumatisme aigu comme l'hyperthermie, la chorée, la diathèse hémorragique, etc., etc., s'observent surtout dans la population pauvre, ce qui donne à penser que ces complications doivent être rattachées à un facteur alimentaire. D'une façon générale, l'alimentation est défectueuse non seulement chez les sujets sains peu aisés, mais encore très généralement chez les sujets malades. Le régime de ces sujets comprenait effectivement, il y a bien peu de temps encore, du lait et des potages légers, parfois un peu de viande ou des œufs et, exceptionnellement, des fruits cuits. Ainsi pouvait se créer un cercle vicieux intéressant non seulement les vitamines B_1 et C, mais encore le complexe B_2, les vitamines P, A, D, etc. Ce sont les pédiatres qui, les premiers, ont attiré l'attention sur l'importance de ces carences et les bons effets de la vitamine C dans le rhumatisme aigu, de la vitamine B_1 dans la chorée mineure ou dans les phénomènes cardiovasculaires très bien établis. L'administration de vitamine C dans le rhumatisme aigu empêche les modifications de la crase sanguine (diminution de la sérine) qui s'observe en pareils cas. Ce phénomène doit être attribué à une imperméabilisation des capillaires et à une modification de la floculabilité du sérum. La pâleur des rhumatisants doit, de son côté, être attribuée à une altération généralisée des capillaires.

L'administration d'un régime riche en vitamines est également intéressante parce qu'il renforce l'action des médicaments et, par exemple, celle du pyramidon. On doit également admettre que diverses vitamines interviennent dans les processus d'immunisation et sont par conséquent de nature à favoriser l'action de la sérothérapie.

Dans les maladies infectieuses qui provoquent une température peu élevée, dont la durée est courte ou qui ne s'accompagnent pas de sudation abondante, on peut renoncer à une administration supplémentaire de vitamines. L. a eu l'occasion de constater qu'en pareils cas de fortes doses de vitamine C ne sont pas sans inconvénient. Quand il s'agit d'une infection de longue durée, comme le rhumatisme articulaire aigu, il n'en est pas de même, et alors les vitamines sont nécessaires: la vitamine B_1 à la dose de 10 *mg.* en injection intraveineuse et la vitamine B_2 à la dose de 2 *mg.* en injection intramusculaire. Pour la vitamine C, les doses sont de 200 *g.* au moins à 500 et 1.000 *mg.* en injection intraveineuse.

Les substances minérales ont également une importance que les vitamines ne doivent pas faire oublier. Les besoins en cas de fièvre devront être couverts par des légumes et notamment par des pommes de terre riches en sodium et en potassium. Certaines protéines, et surtout le fer, sont nécessaires pour permettre aux vitamines d'exercer leur action et inversement, la vitamine C favorise l'action du fer.

On ne saurait établir de schéma strict au point de vue régime. Les désirs particuliers du malade doivent être pris en considération. On ne permettra pas un régime trop exclusif de viande ou d'hydrates de carbone. Dans les maladies qui comportent fréquemment des complications rénales, une alimentation végétarienne et la suppression du sel de cuisine s'imposent.

P.-E. Morhardt.

S. Thaddea. ***Surrénales et circulation*** (*Die medizinische Welt*, t. **12**, n° 29, 16 Juillet 1938, p. 1019-1025). — L'activité hormonale des surrénales n'est pas liée à une seule hormone, car on en connaît au moins deux qui agissent sur la circulation: une hormone corticosurrénale liposoluble, le corticostéron, qui a été récemment synthétisée, et une hormone médullosurrénale, hydrosoluble, l'adrénaline, dont la synthèse remonte à 1901. Il n'est d'ailleurs pas surprenant que les surrénales, étant donné leur rapport avec les échanges en général, soient en relation étroite avec la circulation qui a pour tâche essentielle le transport de la matière et de l'énergie. Pour analyser les relations qui existent entre circulation et surrénales, il faut distinguer nettement l'écorce de la moelle, malgré von Lucadou qui croit cette distinction non fondée. En tout cas, la maladie d'Addison doit être considérée comme l'hypofonction de l'écorce. En pareils cas, les désordres circulatoires ne manquent pour ainsi dire jamais; le cœur prend une apparence hypoplastique (cœur en goutte) avec aorte étroite; en même temps, il y a œdème, artério-sclérose, pouls accéléré et hypotonie (moins de 80 mm. de Hg) constituant un signe précoce de la maladie, que l'administration de l'hormone de l'écorce fait disparaître.

Dans la cachexie hypophysaire, la régulation circulatoire est troublée: dans la position debout, la pression systolique et diastolique diminue appréciablement bien que dans la position couchée elle puisse être normale. Dans la maladie de Simmonds, les surrénales seraient intéressées par l'affection hypophysaire. T. a d'ailleurs confirmé qu'un même phénomène s'observe chez les addisoniens si bien que, quand, chez ces malades, on constate une élévation de la pression en passant de la position horizontale à la position debout, on doit conclure à une amélioration certaine.

Dans la maladie d'Addison, l'hormone de la corticosurrénale est donc la thérapeutique de choix. A côté, comme traitement adjuvant, T. conseille un régime riche en hydrates de carbone, la réduction des graisses et des protéines ainsi que des boissons, l'administration d'alcalins, de vitamines et de sel de cuisine. On devra de plus éviter les aliments riches en potasse. L'administration de chlorhydrate de cystéine (10 *g.* deux fois par jour en injection intramusculaire) donnerait des résultats intéressants dans l'intervalle des crises.

Au cours de la deuxième phase du choc insulinique, il s'observe une brusque élévation de la pression coïncidant avec le point inférieur de la glycémie. Il s'agit là manifestement d'une contre-régulation par arrivée d'adrénaline, phénomène qui est régulièrement observé chez les addisoniens qui, de plus, présentent des phénomènes électrocardiographiques témoignant d'une altération du myocarde, d'une diminution du volume du sang circulant ainsi que de la consommation d'oxygène, etc.

Il existe enfin une interdépendance entre les fonctions des surrénales et les maladies par insuffisance de l'hypophyse qui s'accompagnent, comme, par exemple, la maigreur hypophysaire, d'une déficience fonctionnelle des surrénales. Pour la pratique, il est particulièrement intéressant de savoir que certaines intoxications ou infections sont favorablement influencées par l'administration d'extrait de corticosurrénale contenant de l'acide ascorbique. Dans presque toutes les maladies infectieuses aiguës on trouve des altérations anatomiques des surrénales ainsi que des signes nets d'hypovitaminose C. En particulier, l'insuffisance circulatoire de la diphtérie présente une grande analogie avec les insuffisances aiguës de corticosurrénale. Comme signe des effets thérapeutiques d'une association de corticosurrénale-vitamine C, on peut prendre en considération l'augmentation de la pression du sang et de la pression capillaire qui s'observe sous l'influence de ce traitement.

L'hyperfonction des surrénales qui s'observe en cas d'adénome conduit à la puberté précoce. En pareil cas, on observe des phénomènes cardiaques qui témoignent d'une maturation anormale du fonctionnement du cœur. Dans la maladie de Cushing, certains phénomènes (augmentation de la pression du sang, modification de l'ombre du cœur) doivent être rattachés à une intervention des surrénales dont les fonctions sont stimulées par le lobe antérieur de l'hypophyse.

P.-E. Morhardt.

ZENTRALBLATT für GYNAEKOLOGIE (Leipzig)

R. Hofstaetter (Vienne). ***La thérapeutique pinéale dans les accès pré-menstruels*** (*Zentralblatt für Gynäkologie*, an. 62, n° 22, 28 Mai 1938, p. 1192-1196). — On sait combien sont pénibles chez certaines femmes les quelques jours qui précèdent les règles. Les manifestations pathologiques sont multiples qui annoncent chez elles l'approche de la menstruation: états migraineux, manifestations cutanées (acné, urticaires, œdème type Quincke), douleurs osseuses ou articulaires allant jusqu'à l'hydropisie articulaire, névralgies, dépression psychique, etc...

Ce sont ces états que H. a essayé de traiter par l'extrait pinéal. Le traitement a consisté en 3 à 5 injections d'*épiphysan* faites 5 ou 6 jours avant le début des règles. Les deux premiers jours du traitement on n'injecte que 1 cm^3 d'épiphysan, dès le 3e jour, on injecte 2 cm^3 et on peut aller jusqu'à une dose de 3 cm^3. Après 4 ou 5 menstruations, si le traitement est encore nécessaire, on est en droit d'injecter des doses de 5 cm^3 en une fois, sous condition que les doses de 2 à 4 cm^3 aient été bien supportées. En général, H. parvient, après quelques mois, à diminuer les doses.

H. affirme avoir obtenu avec l'épiphysan des résultats dans des cas où ni le lobe antérieur de l'hypophyse ni l'ovaire n'avaient amené aucune amélioration, en particulier dans les cas de migraines, d'asthme, de manifestations cutanées et rhumatismales et dans la fièvre pré-menstruelle des tuberculeuses, observés chez des femmes jeunes et hyperexcitables sexuellement.

Desmarest.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA (Montreal)

E. Legrand. ***Troubles neuro-psychiatriques consécutifs à l'électrocution*** (*L'Union médicale du Canada*, t. 67, n° 6, Juin 1938, p. 571-582). — Les applications de plus en plus nombreuses de l'énergie électrique multiplient les cas d'accidents avec toutes sortes de courants électriques.

Fréquemment l'électrocution occasionne la mort. On n'a pas encore d'idée très précise sur le mécanisme, mais les troubles du système nerveux semblent jouer un rôle de premier plan. Dans de nombreux cas, la mort tardive est due à des brûlures étendues.

En général, les accidents d'électrocution guérissent assez bien, mais des séquelles neuro-psychiatriques peuvent apparaître à des dates plus ou moins éloignées du traumatisme avec un pronostic parfois très sombre.

La perte de connaissance, les convulsions sont relativement rares au moment du passage du courant. On a publié plusieurs cas de syndromes médullaires à la suite d'électrocution.

Après la commotion électrique, des troubles psychiques peuvent apparaître. Généralement, ils sont aigus et de courte durée. Après perte de connaissance plus ou moins longue, le sujet reste confus et amnésique pendant un certain temps. D'autres fois, les troubles mentaux ne surviennent que quelques heures ou même que quelques jours plus tard. On a signalé des fugues, une psychose d'angoisse, des crises de fureur démentielle, des délires confusionnels, de persécution, des cas de démence, de paralysie générale.

Le traumatisme électrique peut réveiller ou révéler un état pathologique préexistant. L. rapporte une observation d'un cas d'hystéro-traumatisme chez un sujet frappé par la foudre.

Les troubles mentaux consécutifs aux électrocu-



LABORATOIRES SUBSTANTIA

M. GUÉROULT, Dr en Pharmacie, 13 rue Pagès, SURESNES (Seine)



VICHY-ETAT

Sources Chaudes — *EAUX MÉDICINALES :*

GRANDE-GRILLE • HOPITAL

Source Froide — *EAU DE RÉGIME par excellence :*

CELESTINS

Les EAUX de VICHY-ETAT sont indiquées dans les maladies de l'**APPAREIL DIGESTIF** : Estomac, Foie, Voies biliaires, et de la **NUTRITION** : Arthritisme, Goutte, Diabète, Obésité

Avec les Eaux de VICHY-ETAT

SEL VICHY-ETAT : pour faire sol-même une eau alcaline.

PASTILLES et SURPASTILLES VICHY-ETAT : pour faciliter la digestion.

COMPRIMÉS VICHY-ETAT : pour le voyage.

Ne pas omettre de bien spécifier VICHY-ETAT *authentifié par le disque bleu* →



tions semblent relever d'un mécanisme vaso-moteur, mais les névroses et surtout le pithiatisme sont fréquents chez les accidentés du travail.

ROBERT CLÉMENT.

THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (Chicago)

P. Davis et **W. Stewart.** ***Le sulfate de benzédrine dans le parkinsonisme post-encéphalitique*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **110**, n° 23, 4 Juin 1938, p. 1890-1892). — D. et S. ont administré de la benzédrine à 74 parkinsoniens, post-encéphalitiques, tous dans un état très grave, à la dose de 40 à 60 mg. par jour. Dans l'ensemble, les résultats ont été très favorables, en particulier sur les symptômes subjectifs, les malades se sentant mieux et pouvant reprendre une petite activité. Du point de vue objectif, l'action la plus nette du médicament a été sur les crises oculogyres, dont la fréquence et l'intensité ont été beaucoup diminuées. En outre, D. et S. ont constaté dans certains cas une amélioration de la rigidité et du tremblement. Les symptômes toxiques observés ont été négligeables.

Si l'action du médicament est certainement moins nette que celle de l'atropine, il n'en reste pas moins que cette thérapeutique présente sur la précédente des avantages appréciables: en particulier l'absence d'effets toxiques et d'accoutumance.

R. RIVOIRE.

R. Reis et **S. Mesirow.** ***Etudes sur la valeur de la mammographie*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **110**, n° 23, 4 Juin 1938, p. 1900-1905). — Depuis quelques années, de nombreux auteurs préconisent l'injection de substances opaques dans les seins pour le diagnostic de diverses affections mammaires, la substance contrastante la plus fréquemment employée étant le dioxyde de thorium colloïdal. Etant donné la radioactivité importante de ce sel, R. et M. ont entrepris une étude clinique, radiologique et histologique afin de vérifier si cette méthode de diagnostic était aussi inoffensive que le disent ses thuriféraires. La conclusion de cette étude n'est guère favorable à la technique; en effet:

1° Le sel de thorium une fois injecté persiste inchangé pendant de longs mois, et est la source de douleurs pénibles pour la malade;

2° Après plusieurs mois, il reste radioactif;

3° L'examen histologique des seins montre le développement progressif de tissus granulomateux et un certain degré de nécrose.

R. RIVOIRE.

S. Romano et **E. Mac Fetridge.** ***Les limitations et les dangers de la mammographie par substances de contraste*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **110**, n° 23, 4 Juin 1938, p. 1905-1910). — Encore une étude peu favorable à la mammographie. R. et F. ont pratiqué des mammographies chez 25 malades, et les résultats n'ont été conformes à la clinique et à l'examen histologique que dans 13 d'entre eux; en particulier, des cas de cancer du sein cliniquement évidents ont donné des images discutables ou pauvres.

D'autre part, chez 3 malades, l'injection de thorium colloïdal ou de lipiodol détermina des accidents très sérieux, qui auraient rendu l'amputation indispensable, si elle ne l'avait déjà été du fait de cancer.

En conclusion, il ne semble pas que la valeur clinique de l'épreuve permette de passer outre aux dangereuses réactions qui s'observent avec une fréquence notable à la suite des injections de substances de contraste: du moins tant que l'on n'aura pas découvert de substance opaque non irritante pour le tissu mammaire.

R. RIVOIRE.

J. Talbott et **F. Coombs.** ***Etudes métaboliques chez des sujets goutteux*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **110**, n° 24, 11 Juin 1938, p. 1977-1982). — T. et C. ont entrepris chez 24 goutteux des études métaboliques patientes, dont les résultats sont d'ailleurs peu démonstratifs. Il semble cependant en résulter que l'augmentation de l'acide urique du sang soit plutôt la conséquence d'une formation excessive de ce corps que d'une destruction accélérée ou d'une diminution de son excrétion. Ils ont montré également qu'il existait un « cycle goutteux », caractérisé par l'alternance de variations dans l'élimination de l'eau et des sels, sans rapport avec les crises aiguës, mais vraisemblablement sous la dépendance des variations de la pression barométrique. Au point de vue thérapeutique, T. et C. ne signalent rien de nouveau: ils ont obtenu de très bons résultats pendant les crises aiguës avec la colchicine cristallisée, et, pendant les périodes latentes, avec un régime pauvre en protéines et en purines.

R. RIVOIRE.

H. Beck et **G. Suter.** ***Le rôle de l'oxyde de carbone dans la pathogénie de la maladie myocardique*** (*The Journal of the American medical Association*, vol **110**, n° 24, 11 Juin 1938, p. 1982-1986). — Dans cet article, B. et S. s'efforcent de démontrer que des lésions coronariennes et myocardiques peuvent survenir comme séquelle d'une intoxication aiguë ou chronique par l'oxyde de carbone. Ils basent leurs conclusions sur des constatations anatomiques, électrocardiographiques et cliniques qui paraissent cependant discutables. Il nous semble que des recherches plus complètes et plus nombreuses soient indispensables avant que puisse être affirmée l'existence d'une myocardite toxique par l'oxyde de carbone.

R. RIVOIRE.

J. E. Stern. ***Manifestations abdominales d'un réflexe sino-carotidien hyperactif*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **110**, n° 24, 11 Juin 1938, p. 1986-1988). — S. rapporte une bien intéressante observation de crises en apparence comitiales, avec symptômes abdominaux intenses (défécation, ballonnement du ventre) pendant les crises, qui semblent avoir été en rapport avec une hyperexcitabilité du réflexe sino-carotidien. En effet, l'excitation de la région sino-carotidienne déterminait des symptômes analogues à ceux observés pendant les crises spontanées, et la dénervation chirurgicale de la région détermina la disparition des crises. Malheureusement, cette intervention ne date encore que de 6 mois, et il faudra encore attendre quelque temps avant d'assurer qu'il ne s'agissait pas malgré tout d'épilepsie essentielle. Si cette observation est confirmée, elle présente un gros intérêt pratique, et doit inciter le médecin à rechercher le réflexe sino-carotidien chez tout épileptique.

R. RIVOIRE.

ANNALS OF SURGERY (Londres, Philadelphie)

W. Walters et **J. Kepler** (Rochester). ***Tumeurs corticales surrénales et leur traitement*** (*Annals of Surgery*, vol. **107**, n° 6, Juin 1938, p. 881-898). — W. et K. groupent 7 observations déjà publiées, de tumeurs de la corticale surrénale, opérées sans mortalité. La plupart des tumeurs corticales surrénales sont malignes; aussi y a-t-il intérêt à les opérer de bonne heure, avant qu'elles n'aient franchi la capsule de la glande. Leur aspect clinique est très semblable avec celui des tumeurs basophiles de la pituitaire; en cas de doute il y a intérêt à explorer chirurgicalement les deux surrénales.

Avant la puberté, chez les garçons, la tumeur provoque une puberté précoce de type homologue, chez la petite-fille la puberté est également précoce mais de type masculin. Dans les 2 cas l'accroissement du squelette est prématuré.

Chez l'homme adulte la tumeur détermine une tendance aux caractères féminins. Inversement chez la jeune femme la tumeur entraîne une masculinisation. Il s'y ajoute en outre l'aspect floride, les striations pourprées de la peau, l'acné, l'hypertension, le diabète, l'obésité, la perte des forces. Les examens de laboratoire donnent peu de renseignements.

M. GUIMBELLOT.

L. Davis et **H. Barker** (Chicago). ***Le problème chirurgical de l'hypertension*** (*Annals of Surgery*, vol. **107**, n° 6, Juin 1938, p. 899-908). — D. et B. publient une note préliminaire à propos de 6 malades, soigneusement choisis, et traités chirurgicalement pour hypertension. Tous étaient relativement jeunes et avaient une hypertension importante. Ils ne présentaient aucun symptôme de néphrite glomérulaire chronique, ni d'artériosclérose périphérique. Une longue observation avait montré des fluctuations normales de l'hypertension. Aucun d'eux n'avait été amélioré par un traitement prolongé par les cyanates.

Cinq subirent une section sus-diaphragmatique bilatérale des nerfs splanchniques. Chez le sixième ces nerfs furent sectionnés au-dessous du diaphragme, avec ablation des chaînes sympathiques lombaires et d'une partie des surrénales.

Dans tous les cas on a observé une chute immédiate de la pression artérielle. Mais cette chute n'a jamais persisté plus de dix jours. Cependant chez 2 opérés, après que les symptômes eurent reparu, le traitement aux cyanates, inefficace avant l'opération, les améliora.

M. GUIMBELLOT.

G. Crile (Cleveland). ***Les résultats cliniques de la ganglionectomie cœliaque dans le traitement de l'hypertension essentielle*** (*Annals of Surgery*, vol. **107**, n° 6, Juin 1938, p. 909-916). —. C. a pratiqué sur le sympathique surrénal 391 opérations pour hypertension artérielle chez 230 malades : il y avait 239 ganglionectomies cœliaques chez 144 sujets.

Ni l'âge, ni le caractère malin de l'hypertension ne constituent des contre-indications. Les résultats sont les mêmes chez les malades dont l'hypertension s'abaisse par le repos pré-opératoire et chez les autres.

Les symptômes subjectifs (céphalées, nervosités, etc.) ont été améliorés, pendant un an, dans 78 pour 100 des cas; beaucoup de malades ont pu reprendre leur travail, sans que la pression sanguine ait nettement baissé.

La mortalité opératoire a été de 2,4 pour 100 dans les 123 derniers cas.

M. GUIMBELLOT.

THE JOURNAL OF NERVOUS AND MENTAL DISEASE (New-York)

L. C. Grosh, Jr. M. D. ***Le traitement de la manie aiguë par l'insuline*** (*The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. **87**, n° 5, Mai 1938, p. 559-570). — Ce travail est un essai donné par l'emploi de l'insuline dans la phase maniaque de la psychose maniaque dépressive.

L'existence de troubles du métabolisme des hydrates de carbone dans la psychose maniaque dépressive est bien connue. Les phases dépressives

sont parfois associées à la glycosurie. Et récemment, G., a observé le diabète sucré trois fois au cours de la phase maniaque.

En outre, le taux du sucre à jeun est souvent élevé dans la manie, et la courbe de glycémie alimentaire est allongée. Le fait n'est toutefois pas constant, car certains auteurs ont signalé au contraire une augmentation de la tolérance au glucose. G. rapporte l'observation de 2 cas de manie traités par l'insuline.

L'insuline fut donnée en plusieurs fois par dose de 10 unités. Dans les 2 cas, elle abaissa le taux de la glycémie, diminua l'agitation motrice, permit de diminuer la dose des hypnotiques et écourta appréciablement la durée de la crise de manie. H. SCHAEFFER.

Hans H. Reese, Vander Veer et **Wedge**. ***Le résultat du traitement convulsivant par le métrazol chez les schizophréniques*** (*The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. **87**, n° 5, Mai 1938, p. 570-584). — Ce travail est basé sur le résultat obtenu chez 41 schizophrènes traités par le métrazol.

R., V. et W. rappellent la technique employée et la nécessité d'avoir une technique réglée de façon à obtenir régulièrement des convulsions d'une intensité désirable, et pour éviter les ennuis et les accidents.

A la suite d'une injection intra-veineuse, les convulsions apparaissent 10 à 75 secondes après. On note une courte période confusionnelle, puis la crise se déroule avec sa phase tonique accompagnée d'apnée et de cyanose qui dure 12 secondes environ, sa phase clonique qui dure 20 à 60 secondes, et la phase de résolution musculaire.

Les complications sont exceptionnelles si on ne l'applique que chez des sujets encore jeunes et sans tares physiques. Signalons la courbature consécutive à la crise, la luxation de la mâchoire, l'œdème pulmonaire discret, l'influence possible des manifestations convulsivantes sur une tuberculose pulmonaire latente.

La crise s'accompagne habituellement d'une polynucléose neutrophile, d'autant plus marquée en général que les résultats du traitement sont plus satisfaisants, et d'une hyperacidité urinaire avec augmentation de l'ammoniaque et du phosphore, et diminution des chlorures.

Sur les 41 malades soignés par le cardiazol, 20 seulement ont subi un traitement complet. Il y a 20 pour 100 de rémissions complètes, 30 pour 100 d'améliorations et 50 pour 100 de malades non améliorés.

Si on compare les résultats du traitement par le métrazol et par l'insuline, le premier donne des résultats plus lents et plus sûrs.

Signalons aussi que des schizophrènes non améliorés par le choc insulinique peuvent bénéficier du métrazol. Il est encore impossible de préciser les malades qui bénéficieront le mieux de l'une ou de l'autre thérapeutique. Aussi peut-il être judicieux d'associer les deux traitements, soit en les faisant succéder l'un à l'autre, soit encore en les alternant. H. SCHAEFFER.

IL POLICLINICO [Sez. medica] *(Rome)*

F. Introna (Rome). ***Le diabète pluriglandulaire : rapport de quelques cas*** (*Il Policlinico, sez. medica*, t. **45**, n° 1, 1er Janvier 1938, p. 35-42). — Pende a insisté sur l'existence du diabète pluriglandulaire; le pancréas n'est en effet pas le seul à régler le métabolisme des hydrates de carbone et presque toutes les autres glandes, en particulier le corps thyroïde, l'hypophyse, la surrénale, l'ovaire, interviennent dans la régulation; toutes s'influencent réciproquement, de même qu'elles influencent le système végétatif et sont influencées par lui; toutefois, dans la majorité des cas, le diabète reste une dystrophie endocrino-sympathique dans laquelle l'insuffisance pancréatique est prédominante. I. rapporte 2 cas de diabète au cours de la maladie de Basedow, améliorés l'un par la radiothérapie du corps thyroïde, l'autre par la thyroïdectomie partielle et 2 cas de diabète sucré hypophysaire, l'un chez une acromégale, l'autre chez une malade ayant une selle turcique aplatie sans autres signes nets, améliorés tous deux par la radiothérapie profonde de la région hypophysaire; dans les 4 cas, le régime et l'insuline n'avaient eu qu'une action très partielle.

LUCIEN ROUQUÈS.

M. Coppo et **L. Marfori** (Rome). ***Application du tensiomètre à la recherche de la lipase du sérum*** (*Il Policlinico, sez. medica*, t. **45**, n° 2. 1er Février 1938, p. 86-91). — La méthode stalagmométrique de Rona généralement employée pour doser la lipase sérique a de gros inconvénients: 1° elle ne permet pas de mesurer séparément la σ dynamique et la σ statique; 2° elle est extrêmement longue surtout si on ajoute l'épreuve de la sensibilité à l'atoxyl-quinine; 3° elle ne permet pas d'exprimer l'activité lipasique en unité de lipase absolue, d'où l'impossibilité de faire des comparaisons et des évaluations quantitatives. C. et M. ont employé pour doser la lipase la méthode tensiométrique avec le tensiomètre de Lecomte du Noüy; on obtient ainsi très rapidement et avec beaucoup de sensibilité des valeurs exactes; on peut exprimer l'augmentation de σ due à l'activité lipasique en unités absolues du système C. G. S.; C. et M. proposent de définir l'unité de lipase par la quantité de lipase capable de faire augmenter de deux dyne-cm après une heure de séjour à 37° la σ d'un mélange de 1 cm^3 de sérum, de 1 cm^3 de tampon, de 0 cm^3 5 d'un éventuel toxique des ferments ou de solution physiologique et de 25 cm^3 de tributirine. Avec cette méthode, le sérum humain a une activité lipasique sensible à l'atoxyl-quinine qui est 4,5 à 5 unités lipasiques et très constante d'un sujet à l'autre.

LUCIEN ROUQUÈS.

F. Introna (Rome). ***Maladie de Cushing traumatique*** (*Il Policlinico, sez. medica*, t. **45**, n° 4, 1er Avril 1938, p. 165-182). — Un homme de 26 ans subit un traumatisme cranien qui provoque une perte de connaissance d'une demi-heure; il présente ensuite des crises comitiales, une augmentation progressive du poids et devient impuissant. Deux ans plus tard, on note que son poids est de 93 *kg.* pour une taille de 1 *m.* 75; l'adiposité prédomine sur la face qui est congestionnée et sur le tronc; la tension est de 11-7; le métabolisme basal de — 10 pour 100; les réactions de la syphilis sont négatives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien; la radiographie montre une selle turcique petite et à contours nuageux. Neuf ans après l'accident, I. examine le malade dans le service du Prof. Brugsch, à Halle; le poids est de 142 *kg.* et la taille n'est plus que de 1 *m.* 70; une cypho-scoliose dorsale s'étant développée; l'obésité prédomine sur la face arrondie en lune et si congestionnée qu'elle est presque cyanosée et sur le tronc; elle épargne les extrémités qui sont le siège d'œdèmes; on note des vergetures sur la partie inférieure de l'abdomen; le système pileux et la dentition sont normaux; les organes génitaux ne sont pas atrophiés; la pression artérielle est de 12,5-8; le nombre des hématies varie entre 4.840.000 et 5.530.000; la glycémie est de 1 *g.* 15, la calcémie de 0 *g.* 118, la cholestérinémie de 3 *g.* 30; l'aspect de la selle turcique est le même. Aucune mention n'est faite du fond d'œil ou du champ visuel ni du taux des urines. I. porte le diagnostic de maladie de Cushing traumatique et signale un cas analogue de Schilling.

LUCIEN ROUQUÈS.

F. Rocchi (Rome). ***Réaction méningée par le sérum*** (*Il Policlinico, sez. medica*, t. **45**, n° 4, 1er Avril 1938, p. 187-216). — Après introduction dans le rachis de sérum, on observe une réaction méningée d'une constance presque absolue, que les méninges soient (méningite cérébro-spinale) ou ne soient pas (poliomyélite, tétanos) déjà enflammées. La réaction est purement cytologique ou à la fois cytologique et clinique; elle apparaît dans les 24 heures, a son maximum dans la seconde journée et disparaît en une semaine malgré la répétition des injections de sérum; la réaction est représentée par la polynucléose du liquide avec parfois quelques éléments histioïdes; les réactions colloïdales sont du type méningitique mais la glycorachie normale. Le syndrome de l'anaphylaxie sérique générale ne s'accompagne jamais d'un syndrome focal d'anaphylaxie méningée; R. n'a d'ailleurs jamais observé aucun syndrome d'anaphylaxie méningée vraie; il propose de désigner par le terme de méningose les réactions méningées sériques. Cherchant à différencier les polynucléaires du liquide céphalo-rachidien provenant de la réaction sérique de ceux qui proviennent de l'infection, il a utilisé avec des résultats encourageants la réaction de Cesaris Demel au soudan III: les gouttes de graisse sont extrêmement rares dans les leucocytes chez les tétaniques et les poliomyélitiques dont la réaction est purement sérique; elles sont beaucoup plus nombreuses dans les polynucléaires de la méningite cérébro-spinale.

LUCIEN ROUQUÈS.

IL POLICLINICO [Sezione pratica] *(Rome)*

Gastone Meldolesi et **U. Garretto** (Rome). ***Sur l'aspect radiologique des muscles dans quelques affections des muscles (forme primitive et forme neurogène type Charcot-Marie)*** [*Il Policlinico, sez. pratica*, t. 45, n° 1, 1er Janvier 1938, p. 1-15]. — On peut obtenir de bonnes images radiographiques des muscles des membres en employant des rayons plus mous que pour les os, avec ou sans écran renforçateur, une intensité moyenne, des temps de pause plutôt longs et en développant incomplètement les clichés qui doivent rester gris sans trop de contrastes. Dans les myopathies, on remarque que sur les clichés de profil, les corps musculaires, au lieu de donner une ombre homogène comme à l'état normal, présentent une série de lignes droites transparentes, en général grêles, à contours bien définis, qui reproduisent la disposition fasciculaire normale; au niveau des muscles du mollet, l'aspect fasciculé donne avec l'image claire du raphé musculaire une image en arête de poisson; sur les clichés de face, on note un grand nombre de taches transparentes arrondies, de la dimension d'une tête d'épingle, qui criblent l'image du muscle; cet aspect criblé n'est autre que l'aspect fasciculé vu sous une autre incidence; lorsque les lésions sont plus accusées, le muscle a un aspect grossièrement aréolaire et au dernier degré on constate de face des stries obliques transparentes. Par ailleurs, à épaisseur égale, le muscle est plus transparent que le muscle normal, ainsi que le tissu sous-cutané pourtant épaissi.

Dans l'atrophie Charcot-Marie, on retrouve les aspects fasciculé et criblé, mais plus grossiers, moins uniformes, à contours moins nets; les aspects pathologiques n'existent qu'au niveau des muscles cliniquement atteints alors que dans les myopathies ils se retrouvent au niveau de tous les muscles des membres, même en apparence indemnes.

On sait que pour Gino Meldolesi, le tableau clinique de la myopathie n'apparaît chez les sujets ayant des lésions des muscles que lorsqu'ils ont en même temps un trouble pancréatique; dans les

familles de myopathiques, on trouverait, à côté des malades et des sujets sains, des sujets menant une existence normale mais dont l'atteinte musculaire, bien tolérée en raison de l'intégrité du pancréas, se traduirait par la créatinurie et par l'élévation des chronaxies; ces sujets, d'après M. et G., présentent sur les clichés des muscles de petites taches qui réalisent le stade préparatoire de l'aspect fasciculé; chez les sujets absolument indemnes des familles de myopathiques, l'aspect radiographique des muscles est normal.

Lucien Rouquès.

E. Ascarelli (Rome). ***L'épreuve de l'acide hippurique dans les maladies du foie*** (*Il Policlinico, sez. pratica*, t. **45**, n° 6, 7 Février 1938, p. 225-233). — L'organisme est capable de faire la synthèse de l'acide hippurique, combinaison d'acide benzoïque et de glycocolle, à partir de l'acide benzoïque ou des benzoates ingérés. A l'état normal, après injection de 6 *g.* de benzoate de soude, on retrouve dans l'urine des 4 heures qui suivent une quantité d'acide hippurique contenant 3 *g.* environ d'acide benzoïque; lorsque le foie est lésé, il ne peut pas accomplir sa fonction de synthèse et l'élimination de l'acide hippurique est diminuée; cette méthode peut être employée pour l'exploration fonctionnelle du foie; sa valeur est démontrée par la baisse importante de l'élimination dans les affections de la cellule hépatique, baisse d'autant plus accusée que l'état est plus grave, tandis que l'élimination est sensiblement normale en général dans les affections des voies biliaires; mais l'épreuve ne permet d'apprécier qu'une des fonctions du foie, aussi les valeurs très basses d'élimination ne suffisent-elles pas à elles seules pour impliquer un pronostic fatal.

Lucien Rouquès.

G. Lazzaro (Rome). ***L'angine de poitrine chez les malades atteints d'insuffisance aortique*** (*Il Policlinico, sez. pratica*, t. **45**, n° 10, 7 Mars 1938, p. 425-434). — L. rapporte en détail 3 observations d'angine de poitrine chez des hommes de 18 à 35 ans ayant une insuffisance aortique (deux insuffisances rhumatismales pures, une insuffisance avec rétrécissement chez un ancien rhumatisant syphilitique) et en cite deux autres. Les crises étaient conformes à la description donnée par Lewis en 1929; elles survenaient chez les uns aux premières heures de la matinée, chez les autres durant les repas ou après le déjeuner; des émotions brusques pouvaient les déclencher et tous les malades étaient particulièrement émotifs; pendant leur durée, on notait des sueurs profuses sur la face et la partie supérieure du tronc; la figure ne se congestionnait pas à l'inverse des cas de Lewis; les crises étaient fréquentes, souvent quotidiennes; un malade en a eu 5 dans la même journée; la douleur était généralement intense et durait de quelques minutes à une heure; dans tous les cas où la recherche a pu être pratiquée le pouls a été trouvé accéléré et la tension fortement augmentée pendant la crise; l'inhalation de nitrite d'amyle a toujours fait cesser ou diminuer la douleur très rapidement, mais la disparition de la douleur n'était pas toujours suivie par le ralentissement du pouls et la baisse de la pression; le nitrite d'amyle n'agit donc pas en abaissant la pression mais en dilatant les coronaires.

Lucien Rouquès.

MINERVA MEDICA
(Turin)

M. Prospero (Vercelli). ***La spirochétose ictéro-hémorragique des travailleurs des rizières*** (*Minerva medica*, an. **29**, t. **1**, n° 18, 5 Mai 1938, p 481-486). — Aux rizières de la région de Vercelli sont employés en permanence 25.000 travailleurs auxquels s'ajoutent en Mai-Juin 25.000 ouvriers pour le mondage du riz et en Septembre-Octobre 15.000 pour la moisson; près de 200 d'entre eux ont présenté, en 1937, une spirochétose qui a nécessité leur admission à l'hôpital de Vercelli, mais le chiffre total des cas doit être bien supérieur. On observa d'abord, en Mai-Juin, une forme anictérique caractérisée par des douleurs musculaires, de la céphalée, puis une élévation brusque de température, la fièvre disparaissant en 2 ou 3 jours; on notait une congestion intense de la face subsistant après la défervescence, une forte injection des conjonctives, assez souvent de l'herpès, rarement des érythèmes morbilliformes ou scarlatiniformes; la rate était augmentée de volume et parfois aussi le foie; l'albuminurie et l'urobilinurie étaient constantes avec quelques cylindres hyalins, rarement granuleux et exceptionnellement des hématies; il n'y avait pas d'anémie nette et il y avait une certaine leucocytose polynucléaire; on ne trouvait jamais rien d'anormal aux bronches, à l'endocarde et aux articulations. Des cas semblables avaient déjà été observés les années précédentes mais moins nombreux; leur nature fut élucidée en Septembre par l'apparition de formes plus graves avec ictère; les manifestations hémorragiques ne furent accusées que dans quelques cas à évolution fatale. Le diagnostic de spirochétose ictéro-hémorragique fut confirmé par l'inoculation du sang au cobaye et le séro-diagnostic. Presque tous les sujets atteints travaillaient dans l'eau et la boue des rizières, les pieds et les jambes nues souvent écorchées; dans l'eau, on a mis en évidence des spirochètes morphologiquement identiques à celui d'Inada et Ido mais qui n'ont pu être obtenus en culture pure et dont l'inoculation n'a pas reproduit chez le cobaye la maladie typique; l'inoculation des organes de rats capturés dans la région a déclenché une spirochétose indiscutable chez le cobaye.

Lucien Rouquès.

L. Gipperich et **G. Consigli** (Parme). ***Action du pyramidon sur la diurèse et le fonctionnement du rein*** (*Minerva medica*, an. **29**, t. **1**, n° 19, 12 Mai 1938, p. 506-511). — Chez l'homme indemne de lésions rénales, l'administration pendant 10 jours d'une dose de pyramidon allant jusqu'à 1 *g.* 30 provoque une diminution sensible de la diurèse; à la dose de 1 *g.*, le pyramidon diminue également la diurèse pendant les épreuves de concentration et de dilution et l'on note une augmentation relative du poids spécifique; le pyramidon a des propriétés nettement inhibitrices sur la diurèse produite par la théophilline. Dans les hématuries au cours des néphrites, l'administration de pyramidon à la dose de 1 *g.* augmente l'hémorragie.

Expérimentalement, le pyramidon entraîne chez le lapin une augmentation notable de l'azotémie qui peut doubler ou plus; l'examen histologique des reins des animaux montre des altérations: dégénérescence, trouble de l'épithélium des tubes contournés, dilatation de la capsule de Bowmann, infiltration lymphocytaire des glomérules, parfois présence de nombreuses hématies dans les tubes; au niveau du foie, on note dans quelques cas des foyers nécrotiques miliaires avec destruction des cellules hépatiques.

Lucien Rouquès.

LA RIFORMA MEDICA
(Naples)

P. de Luccia et **D. de Matthaeis** (Naples). ***Considérations sur la signification de l'épreuve de charge au galactose dans quelques hémopathies*** (*La Riforma medica*, t. 54, n° 6, 12 Février 1938, p. 215-221). — Donath et Erlsbacher ont remarqué qu'après ingestion de 40 *g.* de galactose, les malades atteints d'anémie pernicieuse ne présentaient aucune galactosurie en 24 heures; cette tolérance excessive serait supprimée pendant les périodes de rémission ou après l'hépatothérapie; elle ne s'observerait que dans les véritables anémies pernicieuses et aurait une valeur diagnostique réelle. Après avoir noté que la tolérance excessive du galactose s'apprécie mieux en étudiant la courbe de la galactosémie qu'en cherchant le galactose dans l'urine, L. et M. montrent que cette tolérance n'a pas la signification que Donath et Erlsbacher lui ont attribuée; elle s'observe assez fréquemment dans l'anémie pernicieuse mais elle existe aussi, quoique beaucoup plus rarement, dans d'autres affections hématopoïétiques telles que l'ictère hémolytique, les myéloses leucémiques, l'anémie par ankylostomes.

Lucien Rouquès.

N. Sanguigno (Naples). ***La tuberculose conjugale*** (*La Riforma medica*, t. **54**, n° 7, 19 Février 1938, p. 264-270). — Chaque fois que l'interrogatoire d'un tuberculeux laissait supposer l'existence possible de lésions chez le conjoint, S. convoquait celui-ci et le soumettait à un examen attentif; sur 1.052 cas de tuberculose pulmonaire, il a ainsi dépisté la maladie du conjoint dans 87 cas, soit 8,27 pour 100; en ajoutant à cette statistique celles qu'il a retrouvées dans la littérature, S. arrive à un total de 939 cas de tuberculose conjugale sur 7.293, soit 12,8 pour 100. Parmi ses 87 cas, S. en relève 2 où les conjoints étaient tous deux contaminés avant le mariage, 33 où le conjoint avait des antécédents familiaux de tuberculose ou des antécédents personnels d'affection tuberculeuse (adénite, spina ventosa, etc.) antérieurs au mariage, 55 où la contamination conjugale est indiscutable. Comme les autres auteurs, S. a remarqué que la femme était plus souvent contaminée par l'homme que l'homme par la femme; la mortalité est également plus forte chez celle-ci. Les recherches de S. ont porté dans un milieu d'ouvriers et de petits employés.

Lucien Rouquès.

A. Versari (Naples) ***Le vaccin staphylococcique par voie intradermique dans le traitement du zona*** (*La Riforma medica*, t. **54**, n° 10, 12 Mars 1938, p. 371-379). — V. a traité 12 malades atteints de zona par des injections intradermiques (2 à 5 en général) de vaccin antistaphylococcique (250 millions à 1 milliard de germes en général, parfois 2 à 8 milliards, par injection); la guérison des lésions cutanées a été rapide ainsi que celle des douleurs qui n'ont persisté que dans un cas. V. attribue la rapidité de la guérison, rapidité supérieure à celle que signale Babock, au fait que l'excipient du vaccin qu'il a employé contient des substances radio-actives qui exaltent le pouvoir antigène des germes en favorisant la dispersion micellaire.

Lucien Rouquès.

V. Cianci (Naples). ***Rapports entre la carence en vitamine D et la pathogénie des calculoses*** (*La Riforma medica*, t. **54**, n° 15, 16 Avril 1938, p 579-584). — En radiographiant pour contrôler leur état de rachitisme des rats soumis au régime carencé en vitamine D de Sherman et Pappenheimer, C. a été frappé d'observer très souvent des ombres correspondant à la partie appendiculaire de l'intestin et beaucoup plus accusées et mieux limitées que chez les rats à un régime normal ; les radiographies étaient faites en général 3 mois après le début du régime rachitigène. Les matières fécales étaient souvent assez dures et la précipitation des sels de calcium s'y explique par l'élévation du pH qui atteignait parfois 8,1; le péristaltisme était diminué et, au niveau du cæcum et du gros intestin, on notait des altérations importantes de la muqueuse avec amincissement de la couche musculaire et pycnose nucléaire. C. rapproche de ces constatations celles de Higgins, Soares, Joly qui admettent que la lithiase rénale peut être attribuée à une carence en vitamines.

Lucien Rouquès.


HORMANTOXONE
Principe antitoxique du foie, extrait concentré et stabilisé
SUPPLÉE la fonction antitoxique du foie quand elle est déficiente.
la STIMULE quand elle est perturbée.
INDICATIONS
Insuffisance fonction antitoxique du foie.
Auto et hétéro Intoxications. - Toxi-Infections.
Anaphylaxie. - Intolérances alimentaires. Dermatoses.
Traitement Physiologique des Troubles intestinaux par le
SAPROXYL
complexe glucidique favorisant les bactéries acidogènes antagonistes des flores pathologiques.
INDICATIONS
Infections Intestinales
Fermentation Intestinales
Putréfactions Intestinales
LABORATOIRE Phygiène
Laboratoire français de spécialités PHYsiologiques et hyGIÈNiques
7, rue Lucien Jeannin, LA GARENNE (Seine)
Echantillons et littérature sur demande.

IL BAGLIVI
(Florence)

G. Bombi (Raguse). ***Effets éloignés de la ligature de l'artère splénique dans deux cas de syndrome anémique avec spléno-hépatomégalie type Banti*** (*Il Baglivi*, t. **4**, nos 1-2, Janvier-Février 1938, p. 23-36). — Dans un premier cas d'hépato-splénomégalie type Banti avec anémie chez une femme de 41 ans, la ligature de l'artère splénique a donné de bons résultats se maintenant au bout de 18 mois; la rate qui débordait de 3 travers de doigt et le foie qui débordait de 4 ont diminué rapidement et ont repris leur volume normal; le nombre des hématies et leur richesse en hémoglobine avaient déjà augmenté nettement trois jours après l'opération; les leucocytes au nombre de 4.850 sont passés à 6.800 le 3e jour et sont revenus peu à peu à un chiffre analogue au chiffre pré-opératoire; une lymphocytose légère a remplacé progressivement le pourcentage d'abord à peu près normal; les plaquettes au nombre de 210.000 avant l'opération étaient au nombre de 430.000 18 mois plus tard; enfin l'état général est devenu nettement meilleur. Dans un second cas, chez une femme de 36 ans, les résultats immédiats ont été aussi favorables que dans le cas précédent, mais au bout d'un an, la récidive était manifeste.

Lucien Rouquès.

RIVISTA DI PATOLOGIA NERVOSA E MENTALE
(Florence)

V. Desogus. ***Paralysie progressive et malaria endémique*** (*Rivista di patologia nervosa e mentale*, vol. **51**, Mars-Avril 1938, fasc. 2, p. 179-231). — Certains auteurs estiment qu'il existe un antagonisme entre le tréponème et l'hématozoaire expliquant la moins grande fréquence de la syphilis et surtout de ses complications nerveuses dans les pays où le paludisme est fréquent. Lutrario, en particulier, a soutenu cette opinion d'après les statistiques établies dans les différentes régions de l'Italie, montrant un rapport inverse entre la fréquence de la syphilis et celle du paludisme.

D., en reprenant ces statistiques, montre que les conclusions de L. sont erronées, et qu'il n'existe pas de rapport entre la fréquence de la malaria et celle de la syphilis nerveuse. Les anciens paludéens qui contractent la syphilis font aussi bien que d'autres de la P. G. De plus, les P. G., infectés spontanément par l'hématozoaire ne sont pas améliorés. Enfin, les anciens paludéens devenus P. G. sont améliorés par l'impaludation expérimentale. Il semble donc exister, au point de vue thérapeutique, une discordance entière entre la malaria spontanée et la malaria expérimentale. La seconde seule a une action thérapeutique sur la syphilis nerveuse, la première n'en a aucune.

D. reprend à nouveau la question des aspects différents de la syphilis chez les musulmans et les Européens. Les premiers font des formes avec localisations cutanéo-muqueuses, et gommeuses importantes sans accidents nerveux ou viscéraux. Chez les seconds, les accidents secondaires et tertiaires sont très atténués, et les manifestations viscérales et nerveuses fréquentes.

Les faits montrent que d'une part la syphilis des Européens fut jadis comparable à celle des Arabes actuels, et que d'autre part les Arabes qui vivent dans les grands centres de l'Afrique du Nord, de même que les Israélites, tendent à faire des syphilis qui se rapprochent de celles des Européens.

Il s'agit donc d'une question de terrain et non de virus. La fréquence des syphilis nerveuses tardives en Europe semble s'expliquer d'une part par l'ancienneté de la syphilis dans ce continent qui a réalisé une sorte d'immunité ancestrale, et d'autre part aux traitements précoces insuffisants qui suppriment les manifestations cutanéo-muqueuses sans stériliser complètement l'organisme. L'évolution spontanée des lésions cutanéo-muqueuses, secondaires et tertiaires, semble réaliser, en effet, une véritable immunité de l'organisme.

Peut-être faut-il tenir compte aussi de la précocité de la contamination chez les Arabes à un âge prépubertaire en général, et à la vie nomade et végétative qu'ils mènent pour la plupart.

H. Schaeffer.

OKAYAMA-IGAKKAI-ZASSHI
(Okayama)

Y. Oobayashi. ***Recherches expérimentales sur l'étiologie de l'appendicite aiguë*** (*Okayama-Igakkai-Zasshi*, t. **50**, n° 3, Mars 1938, p. 633-691). — O. a cherché comment se comporte la teneur en histamine et en substances voisines du contenu de l'appendice de l'homme et du lapin à la suite de l'inflammation provoquée chez cet animal par la ligature.

Il a constaté que l'on ne trouve que des traces d'histamine dans les extraits préparés avec l'appendice normal du lapin et qu'elle fait défaut dans les extraits d'appendice humain avec la technique employée. Par contre, lors de l'appendicite aiguë expérimentale du lapin, le taux de l'histamine s'accroît. Dans l'appendicite humaine il est proportionnel au degré de l'inflammation, étant à son maximum dans l'appendicite gangréneuse.

Dans une autre série de recherches, O. a essayé d'apprécier les variations de virulence des colibacilles et de *B. perfringens* à la suite de la ligature de l'appendice à sa base. Il a pu constater que le processus lésionnel au niveau de la base de l'appendice est bien moins accusé que celui qu'on trouve au niveau de sa pointe, bien que les colibacilles isolés de la base de l'appendice aient une virulence beaucoup plus grande. La genèse de l'appendicite ne relève donc pas seulement de l'accroissement de virulence des bacilles provocateurs de l'inflammation. La stagnation de certains produits toxiques de désintégration développés sous l'influence des microbes joue également un rôle capital. Cette stagnation cause une altération mécanique et chimique du tissu pariétal de l'appendice, si bien que la résistance tissulaire vis-à-vis des bacilles se trouve notablement diminuée et qu'un terrain propice à l'infection se trouve réalisé, permettant l'invasion facile par les bacilles à virulence accrue et finalement créant l'appendicite. O. pense que l'augmentation de virulence des bacilles provoquant l'inflammation doit être attribuée à la désintégration par les bactéries de substances telles que l'histamine.

P.-L. Marie.

GIORNALE ITALIANO DI DERMATOLOGIA E SIFILOLOGIA
(Milan)

Beltramini. ***La para-amino-phényl-sulfamide dans le traitement des affections vénériennes*** (*Giornale italiano di dermatologia e sifilologia*, t. **73**, fasc. 2, Avril 1938, p. 493-526). — B. a employé la para-amino-phényl-sulfamide dans un grand nombre d'affections gonococciques, compliquées ou non

Ce corps peut s'administrer par la bouche, la voie sous-cutanée, intraveineuse, rectale ou intrarachidienne.

La dose habituellement prescrite fut de 4 *g.* 80 par jour les 2 premiers jours, 3 *g.* 60 par jour les 3e et 4e jours, puis 2 *g.* 40 jusqu'à guérison. Les doses doivent être fractionnées, à intervalles de 5 à 6 heures.

100 cas d'*urétrite antérieure aiguë* chez l'homme, traités par cette méthode, donnèrent 52 pour 100 de résultats excellents, 29 pour 100 de bons résultats, 11 pour 100 de résultats médiocres et 8 pour 100 d'échecs.

220 cas d'*urétrite antérieure aiguë* traités par la sulfamide combinée à un traitement local associé donnèrent 70 pour 100 de résultats excellents, 26 pour 100 de bons résultats et 4 pour 100 d'échecs.

Sur 75 cas d'*urétrite totale aiguë* chez l'homme, traités par la sulfamide seule : 40 pour 100 de résultats excellents, 33 pour 100 de bons résultats, 61 pour 100 de résultats médiocres et 11 pour 100 d'échecs.

Sur 146 *urétrites totales aiguës*, traitées par le traitement mixte : 65,4 pour 100 d'excellents résultats, 28,8 pour 100 de bons résultats, 3,4 pour 100 de résultats médiocres et 2,4 pour 100 d'échecs.

Sur 186 *urétrites subaiguës et chroniques* : 58,4 pour 100 d'excellents résultats, 30,2 pour 100 de bons résultats, 2,7 pour 100 de résultats médiocres et 8,7 pour 100 d'échecs.

25 cas de *cystites* guérirent complètement.

75 *prostatites aiguës* donnèrent 94,6 pour 100 de guérisons et 5,4 pour 100 d'échecs.

Sur 48 *prostatites subaiguës et chroniques* : 43,7 pour 100 d'excellents résultats, 39,7 pour 100 de bons résultats et 16,6 pour 100 d'échecs.

372 cas d'*épididymite* guérirent dans la proportion de 95,1 pour 100 (4.9 pour 100 d'échecs).

Par contre tous les cas d'*arthrite* (21) et de *vulvo-vaginite des petites filles* (25) traités par la sulfamide aboutirent à un échec.

72 *ulcères vénériens* sans adénopathie et 181 ulcères vénériens avec adénopathie guérirent complètement.

Certains *accidents toxiques* ont été signalés dans la littérature avec ce médicament : anorexie, céphalée, pesanteur d'estomac, asthénie, pâleur, nausées, vomissements, fièvre, cyanose avec méta et sulfo-hémoglobinémie, anémie hémolytique aiguë, agranulocytose totale, confusion mentale passagère.

B., sur 1.640 malades traités, n'a observé que 64 cas d'intolérance (4 pour 100). Il ne constata que des phénomènes légers qui disparurent dès la cessation du médicament.

Le traitement sulfamidique donne donc d'excellents résultats dans le traitement des gonococcies. Mais il doit être administré sous surveillance médicale; il importe en effet de faire un examen clinique minutieux du malade, d'examiner les urines, de faire une numération des hématies et des leucocytes, et de déterminer la formule sanguine.

Pendant le traitement, il est bon de prescrire du bicarbonate de soude ou du citrate de soude, pour prévenir l'acidose. On proscrira par contre absolument les purgatifs à base de sulfates. On conseillera de ne pas exposer le malade aux rayons solaires.

R. Burnier.

REVUE DES JOURNAUX

GAZETTE DES HOPITAUX
(Paris)

Marguerite Bardy, L. Bugnard et **C. Darnaud** (Toulouse). ***Les effets de la protamine-zinc-insuline chez les diabétiques*** (*Gazette des Hôpitaux*, t. **111**, n° 52, 29 Juin 1938, p. 849-854). — Dans 18 cas de diabète de l'adulte, on a substitué la protamine-zinc-insuline à l'insuline ordinaire, tout en laissant les malades soit à un régime type comprenant, par 24 heures et par kilogramme, 2 *g.* 50 d'H. de C., 1 *g.* 25 de protides et 2 *g.* de lipides, soit, chez les albuminuriques et les sujets devant subir une intervention chirurgicale, à un régime hypersucré, comprenant 1.500 *g.* de lait et 100 *g.* de sucre répartis en 4 prises quotidiennes.

15 fois sur 18, le résultat obtenu avec une seule injection de protamine-zinc-insuline a été aussi satisfaisant, et souvent même plus, que celui que l'on obtenait à l'aide d'injections répétées d'insuline normale. Une fois le résultat a été moins bon, mais il a suffi d'augmenter la quantité d'insuline pour avoir un effet favorable. Dans deux cas, les résultats obtenus ont été nettement mauvais. Dans l'un, il s'agissait d'un diabète léger, mais avec forte hyperglycémie après le repas ; dans l'autre, le diabète s'accompagnait d'acétonurie et était compliqué de nécrose et d'infection plantaire.

Le seul danger de la protamine-zinc-insuline est l'hypoglycémie. Il faut fixer les doses avec prudence, sinon on s'expose à des accidents redoutables, car cette hypoglycémie dure et s'aggrave et plusieurs injections de sérum sucré hypertonique sont, en général, indispensables pour la juguler.

Chez beaucoup de diabétiques, la protamine-zinc-insuline permet de ramener à une injection par jour l'administration de l'insuline ; l'horaire des injections est beaucoup moins rigoureux ; la dose journalière est presque toujours moindre que la dose quotidienne d'insuline normale.

Robert Clément.

H. Warembourg (Lille). ***Recherches sur le mécanisme d'action de l'insuline dans le métabolisme des glucides*** (*Gazette des Hôpitaux*, t. **111**, n° 57-58, 16 et 20 Juillet 1938, p. 929-933). — Sur le mode d'action de l'insuline dans le métabolisme glucidique, on en est réduit aux hypothèses. L'insuline peut engendrer de trois manières la décharge glycémique : en intervenant sur les appareils de réserve hydro-carbonés, en particulier sur le foie; en favorisant l'utilisation des glucides par les tissus périphériques; enfin, en transformant le glucose sanguin en d'autres substances comme les lipides ou le sucre protéidique.

L'insuline n'agit pas en freinant la glycogénèse hépatique, puisque son action reste intacte chez le chien hépatectomisé.

Par contre, la glycogénopexie, sous l'action de l'insuline, a été maintes fois constatée, à condition que les animaux fussent à jeun et que l'on administrât en même temps du glucose.

Des divergences nombreuses concernent l'action de l'insuline sur le glycogène musculaire; les expériences ont été réalisées dans des conditions très diverses. L'introduction de doses physiologiques d'insuline dans un organisme possédant assez de sucre pour faire les frais d'une mise en réserve détermine, dans la règle, une glycogénopexie.

De nombreuses recherches tendent à prouver que l'utilisation périphérique du glucose est favorisée par l'insuline, mais d'autres expériences ont donné des résultats contradictoires. Il en est de même de l'étude de la glycolyse sanguine ou tissulaire sous l'influence de l'insuline.

Malgré la diversité des résultats expérimentaux, quelques recherches invitent à admettre que l'insuline élève le quotient respiratoire dans l'organisme sain et surtout diabétique.

L'insuline agit sur les corps intermédiaires du métabolisme glucidique et intervient dans la dégradation du glucose sanguin.

Le mécanisme intime de l'action insulinique sur la dégradation des glucides est encore obscur. On ne peut considérer comme acquis que son intervention dans la glycogénopexie et dans la combustion périphérique du glucose.

Robert Clément.

L. Rimbaud, H. Serre et **J. Boucomont** (Montpellier). ***L'hyperazotémie des hémorragies méningées*** (*Gazette des Hôpitaux*, t. **111**, n° 60, 27 Juillet 1938, p. 965-969). — Sur 11 malades atteints d'hémorragies méningées arachnoïdiennes chez lesquels le dosage de l'urée du sérum a été effectué, 9 présentaient une hyperazotémie. Parmi ces sujets, 4 avaient été antérieurement atteints de néphrite aiguë ou chronique; 5 n'avaient au contraire aucun passé rénal. L'observation de ces sujets âgés respectivement de 60, 53, 72, 73 et 58 ans est rapportée en détail. L'azotémie était 2 fois de moins de 0,60, 2 fois entre 0,70 et 0,80 et 1 fois seulement elle atteignait 1 *gr.* 30.

L'azotémie ne se traduit dans ces cas par aucun signe de la série urémique. Elle est très transitoire. Dans les trois cas où le dosage a été répété, le taux de l'urée sanguine est revenu à la normale en quelques jours.

Il est important de connaître ces faits qui pourraient prêter à erreur de diagnostic.

Au point de vue pronostic, l'azotémie aiguë et transitoire des hémorragies méningées ne comporte pas de signification fâcheuse. Tous les malades ont guéri. Par contre, les hémorragies méningées observées au cours des néphrites chroniques hyperazotémiques ont toutes été mortelles.

Dans le mécanisme pathogénique, il faut faire intervenir la résorption sanguine, l'oligurie, un facteur nerveux et, dans les hyperazotémies marquées, un facteur rénal.

Robert Clément.

REVUE MÉDICALE FRANÇAISE
(Paris)

F. Codvelle. ***L'héméralopie épidémique, avitaminose des armées de campagne*** (*Revue Médicale française*, t. **19**, n° 5, Mai 1938, p. 347-355). — L'héméralopie, ou amblyopie crépusculaire, ou cécité nocturne, est connue depuis la plus haute antiquité; elle est beaucoup plus fréquente en période de guerre en raison, d'une part, des difficultés d'approvisionnement, d'autre part, de l'importance que prennent les marches, les manœuvres ou les tirs de nuit. Les sujets qui en sont atteints, dont la vue est parfaitement normale le jour, sont, la nuit, incapables de se diriger; ils se heurtent aux arbres, aux obstacles du terrain et doivent être conduits à la main comme des aveugles. Ils voient à peine les étoiles, les fusées et les points lumineux.

Cette affection sévit surtout au printemps. L'examen de l'œil est négatif, la maladie dure des jours et des semaines et est sujette aux rechutes.

On s'était aperçu dès longtemps que cette maladie était d'origine alimentaire et d'un ordre analogue à celui du scorbut.

On l'a souvent guérie avec le foie de bœuf, comme Hippocrate, ou avec l'huile de foie de morue, comme Desponts (1862).

Nous savons aujourd'hui que l'héméralopie est le premier degré de l'avitaminose A et qu'elle se développe lorsque le régime est carencé en facteur A liposoluble de croissance. S'il y avait encore un doute, il aurait été levé par l'expérience à laquelle s'est livré sur lui-même Geghers. Il s'est soumis à un régime caloriquement suffisant, riche en vitamine C, en facteurs B et en sels de chaux; très rapidement l'examen photométrique répété chaque jour a montré une diminution régressive de l'adaptation à la lumière et a atteint, dès la quatrième semaine, l'héméralopie franche. A la fin du mois, il y avait un peu de photophobie, mais pas de xérosis. Trois jours après la prise de 100.000 unités quotidienne de facteur A, la vision dans l'obscurité était redevenue normale.

La diminution de la faculté d'adaptation à la lumière est relativement fréquente. Les besoins de vitastérine A augmentent au printemps. La dose minima quotidienne de facteur A varie suivant les auteurs de 1.000 à 8.000 unités. 4.000 unités de facteur A sont représentées environ par 35 *g.* de foie de veau ou d'épinards, 120 *g.* de fromage ou de carottes crues, ou 150 *g.* de prunes. L'huile de foie de morue ou de flétan, la vitamine A pure ou le carotène sont les meilleurs facteurs de prophylaxie et de thérapeutique.

Robert Clément.

LYON CHIRURGICAL
(Paris)

L. Bérard et **P. Ponthus.** ***La position actuelle de la radiothérapie dans le traitement du cancer du sein*** (*Lyon Chirurgical*, t. 35, n° 2, Mars-Avril 1938, p. 129-137). — C'est d'après la statistique du Centre anticancéreux de Lyon, étudiée complètement dans la thèse de M. Rozier (1936), que B. et P. recherchent la position actuelle de la radiothérapie dans le traitement du cancer du sein (la radiothérapie désignant pour eux la rœntgenthérapie et la curiethérapie) en rappelant combien il est difficile d'apprécier les résultats thérapeutiques en raison de la grande diversité d'évolution et de radiosensibilité des tumeurs aux types histologiques eux-mêmes si différents.

Radiothérapie pré-opératoire. — Elle ne s'impose pas dans les cas cliniquement extirpables; elle semble actuellement avantageuse pour rendre extirpables les tumeurs du sein volumineuses et adhérentes; utilisée dans 13 cas inopérables d'emblée, elle a toujours rendu l'opération possible et a permis deux survies encore constatables 7 et 9 ans après, alors que les 11 autres cas se sont terminés par la mort, en moyenne après 2 ans.

*Radiothérapie post-opératoire **complémentaire***. — Indiquée pour le traitement des lésions mammaires ou ganglionnaires qui n'ont pu être atteintes par l'exérèse, elle doit être localisée aux seules régions encore envahies et doit être assez intense pour pouvoir être cancéricide. Les doses requises sont indiquées.

Radiothérapie post-opératoire préventive. — Entre les partisans et les opposants de cette irradiation post-opératoire faite systématiquement, B. et P. réservent leur jugement, en raison de l'indécision où les laissent les résultats de leur statistique, qui montre qu'en tenant compte de la gravité plus

grande des cas irradiés et de celle moindre des cas qui ne l'ont pas été, on arrive, pour les deux groupes, à une même proportion de 41 pour 100 de survies de 3 ans (en 1936). Par contre, il leur paraît difficile d'admettre que les radiations soient susceptibles de provoquer l'apparition de métastases au cours de l'évolution des néoplasmes du sein.

Radiothérapie des récidives. — Pour les nodules thoraciques cutanés ou sous-cutanés, la lymphangite néoplasique cutanée et parasternale, les adénopathies axillaires, la radiothérapie est préférable à l'exérèse; les adénopathies sus-claviculaires doivent être traitées par la curiethérapie externe par appareil moulé ou par la télécuriethérapie.

Radiothérapie curative isolée. — Les conclusions au sujet de cette thérapeutique discutée sont que la radiothérapie isolée du cancer du sein sera peut-être ultérieurement reconnue comme ayant une valeur curative; il est encore trop tôt pour lui reconnaître ce pouvoir. Au Centre anticancéreux de Lyon, 23 malades ont été ainsi traitées, mais les doses distribuées, faibles, ne sauraient être jugées cancéricides et il n'est pas parlé des résultats.

« On doit actuellement considérer comme relevant de la chirurgie tout cancer du sein opérable. »

P. Grisel.

MARSEILLE MÉDICAL

Beltrami. ***Le déséquilibre alimentaire (carence C) dans les troubles du métabolisme calcaire (ossification et dentition) en pathologie humaine et comparée*** (*Marseille Médical*, an. 75, n° 17, 15 Juin 1938, p. 673-705). — B. relate les recherches qu'il a entreprises sur des animaux atteints d'ostéopathies hypertrophiantes, où il semble s'agir « d'un processus réactionnel périostique avec formation, d'une part, d'ostéophytes (néoformation osseuse réactionnelle), d'autre part d'un tissu collagène qui s'est imprégné secondairement de sels de chaux (infiltration calcaire) ».

Il rappelle, en pathologie humaine, le syndrome de Milkmann : « ostéopathie généralisée caractérisée par l'aspect radiographique sur plusieurs os de multiples stries symétriques de réabsorption » et les cas de Michalis et de Guillain.

Il pense que ces ostéopathies hypertrophiantes ont une origine alimentaire et relèvent notamment d'une carence en vitamine C; car, à côté des carences totalitaires avec leur cortège symptomatique bruyant, existent des hypovitaminoses par déséquilibre alimentaire inapparent, entraînant à la longue des désordres considérables. B. remémore les travaux expérimentaux de Mouriquand. Si l'animal carencé en C guérit de ses lésions scorbutiques, il peut faire des désordres ostéo-musculaires, véritable syndrome de rhumatisme chronique, sous forme d'épaississement périostique ou sous-périostique, d'ostéophytes et de périostoses. Or, ces dégâts sont irréversibles. L'administration de vitamine C n'a pas d'action sur eux.

C. Ruppe.

ANNALES MÉDICO-CHIRURGICALES (Paris)

Clovis Vincent (Paris). ***Sur les tubercules cérébraux*** (*Annales médico-chirurgicales*, t. 3, n° 5, 15 Mai 1938, p. 151-156). — A propos de 34 cas de tubercules, type marron cru de Laennec, renfermant des cellules géantes, mais ne s'accompagnant pas de tuberculose diffuse des méninges, V. envisage les caractères anatomo-pathologiques et étiologiques, puis le traitement chirurgical.

Dans l'ensemble, on les rencontre surtout à droite, au niveau du cervelet et de la protubérance (hémisphères cérébelleux), plus rarement du cerveau (région pariétale supérieure). Le volume en est très variable. Les adhérences à la dure-mère, en général nulles pour les tubercules du cerveau, sont très fréquentes pour ceux du cervelet (tente du cervelet, sinus latéral) : cette invasion de la dure-mère et la saillie dans le quatrième ventricule sont des causes de diffusion post-opératoire. Le tubercule paraît constitué d'un centre caséeux entouré d'une zone scléro-caséeuse, elle-même entourée d'une sorte de capsule très vasculaire: en fait, cette pseudo-capsule est la *zone active externe*, en sorte que le chirurgien opère en pleine zone bacillifère, au lieu de la dépasser sans l'ouvrir, afin de ne pas infecter les espaces arachnoïdiens.

Les tubercules cérébraux se rencontrent à tout âge avec une fréquence presque égale. Sur 1.348 tumeurs, V. a observé 247 tumeurs du cervelet, dont 99 avant 20 ans et, parmi celles-ci, 14 tubercules. La tuberculose pleuro-pulmonaire peut précéder ou accompagner le syndrome cérébral.

Sur les 34 cas, 28 ont été opérés et ont subi soit l'ablation, soit la trépanation décompressive. Sur 9 tumeurs du cerveau, 2 cas traités par trépanation décompressive ont guéri, 5 cas traités par l'extirpation ont donné 3 guérisons et 2 morts opératoires. Sur 19 tubercules du cervelet, traités par l'extirpation, on note 2 guérisons datant de plusieurs années, 4 morts opératoires, 7 morts par méningite tuberculeuse. Les morts opératoires ont été observées dans les cas d'énormes tubercules; de fait, la complication la plus redoutable est la méningite tuberculeuse, dont la fréquence après l'ablation des tubercules cérébelleux résulte de la disposition des voies de circulation du liquide céphalo-rachidien.

Dans ses cas personnels, V. distingue la *technique imposée* et la *technique choisie*. La première, due à une méconnaissance de la nature de la tumeur ou à la présence d'adhérences, a consisté en l'attaque directe du tubercule en « entrant dedans » : en général, mort par méningite. La seconde s'est proposé d'enlever le tubercule d'une pièce, en coagulant à l'électro autour de la coque dure : la fréquence de la méningite tuberculeuse ultérieure semble due au fait qu'on est passé en réalité dans la zone active externe.

Malgré les mauvais résultats, V. pense qu'il y a lieu d'enlever les tubercules du cervelet peu volumineux et avec adhérences limitées accessibles chirurgicalement. Il faut s'efforcer de faire le diagnostic préalable de tubercule, bien préciser les rapports avec méninges et cavités ventriculaires, couper le tissu nerveux très au large de la substance résistante, fermer si possible les espaces arachnoïdiens, dont le maintien ultérieur prolongé du malade en position opératoire favorise le blocage.

J. Meillère.

ANNALES D'OTO-LARYNGOLOGIE (Paris)

J. Piquet et **J. Minne.** ***L'encéphalite aiguë non suppurée d'origine auriculaire (œdème cérébral aigu avec hémorragies et nécrose)*** [*Les Annales d'oto-laryngologie*, n° 4, Avril 1938, p. 286-313]. — L'entité clinique désignée sous le terme « encéphalite diffuse non suppurée » ou « encéphalite hémorragique » devrait être appelée plus exactement « œdème cérébral aigu avec nécrose et parfois hémorragie ».

Anatomiquement, on peut observer diverses variétés de lésions:

1° La nécrose diffuse d'une grande partie d'un hémisphère cérébral, associée à un œdème plus ou moins marqué. Ces lésions provoquent inévitablement la mort.

2° La nécrose limitée à une partie de la masse cérébrale, souvent associée à une infiltration hémorragique. Cette forme anatomique est plus fréquente et beaucoup moins grave.

3° L'infection secondaire du foyer de nécrose, avec formation d'abcès miliaires.

4° L'œdème cérébral sans nécrose appréciable, forme bénigne.

Cliniquement, cette affection donne lieu aux mêmes symptômes que l'abcès cérébral. Cependant, la fièvre est très fréquente et les signes de localisation (en particulier la paralysie faciale centrale) s'observent peut-être un peu plus souvent que dans l'abcès cérébral.

La pathogénie est mal connue. Il ne s'agit pas d'un phénomène inflammatoire. On a parfois affaire à une nécrose ischémique, mais le plus souvent, on se trouve en présence de phénomènes vaso-moteurs à distance, provoqués par une petite embolie ou une thrombose artérielle ou veineuse, agissant comme irritant de la paroi vasculaire.

Le traitement consiste d'abord dans une intervention sur le foyer osseux. L'incision de la dure-mère n'est pas à conseiller. En présence d'une hypertension menaçante, il faut pratiquer une trépanation décompressive.

Telles sont les conclusions de ce travail.

J. Leroux-Robert.

JOURNAL DE PHYSIOLOGIE ET DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE (Paris)

N. Fiessinger, A. Gajdos et **Panayotopoulos.** ***Le facteur hépatique dans la traversée de l'eau*** (*Journal de Physiologie et de Pathologie générale*, t. 36, n° 1, Mars 1938, p. 1-14). — Chez le sujet normal l'ingestion d'un litre d'eau détermine une dilution sanguine fugace, à peine décelable, et une diurèse rapide et abondante, si bien que, dans les deux heures, la presque totalité de l'eau est éliminée par le rein. Par contre, chez les cirrhotiques et chez les opsiuriques, on observe une dilution sanguine importante, durable, et une diurèse minime avec augmentation de concentration du NaCl et de l'urée.

On trouve la raison de ce paradoxe « opsiurie = dilution sanguine » en comparant les diurèses des injections intraveineuses rapides ou lentes. L'injection rapide ne donne qu'une diurèse retardée d'urines concentrées, contrairement à l'injection lente, qui peut, à un certain débit, engendrer la même diurèse abondante et diluée que l'ingestion aqueuse. Ce facteur temps conduit à faire intervenir dans la traversée de l'eau une étape tissulaire. Avant cette étape, l'eau de traversée ne produit pas de diurèse; elle reste étrangère, hétérogène. Son « autogénéisation » est fonction de l'état de vitalité tissulaire, d'autant plus rapide que les tissus ont une vitalité plus active. C'est la raison qui explique l'opsiurie hépatique; l'eau stagne sans pouvoir être éliminée.

F., G. et P. soulignent l'importance du foie dans cette autogénéisation de l'eau et montrent que, normalement, une grande partie de cette eau se fixe au niveau du foie et n'est libérée que lentement à mesure des besoins de la diurèse rénale.

Cette conception est fondée sur l'augmentation de volume du foie pendant la traversée aqueuse (Villaret et Justin-Besançon) et sur la constatation de deux étages successifs de dilution pendant cette traversée, étages que mettent en évidence les tests physiques (conductivité électrique) et chimiques (dosage du Cl plasmatique et globulaire, dosage de la sérum-albumine et de la globuline) pratiqués sur le sang porte, le sang cave et le sang artériel fémoral. Dans une première étape, il y a dilution portale; dans une seconde, dilution variable; enfin, dans une troisième, dilution générale. Le foie constitue dans la traversée de l'eau un cloisonnement apparent, qui est en réalité la conséquence de l'imbibition hépatique par l'eau circulante; durant cette imbibition, l'eau subit biologiquement son adaptation à la diurèse. Le bien-fondé de cette conception est établi par les expériences d'exclusion fonctionnelle du foie: blocage du système réticulo-endothélial, production d'hépatite dégénérative,

SANAS
(GOUTTES)

EXTRAIT CONCENTRÉ VITAMINÉ DE FOIE FRAIS DE MORUE

Produit Français fabriqué à Saint-Pierre-Miquelon

SANS TRACE D'HUILE - Sans odeur ni saveur désagréables -
Soluble dans tous les liquides aqueux.
SE PREND EN TOUTE SAISON

INDICATIONS : Rachitisme, Prétuberculose, Tuberculose, Chloro-anémie, Convalescences, Adénopathies, Anorexie, Déchéances organiques.
DOSES : Enfants : [illegible] gouttes par année d'âge. Adultes : [illegible] gouttes par jour.

Littérature et Échantillons : A. WELCKER et C[ie], 22, Rue de l'Est, BOULOGNE (Seine).

SPLÉNOMÉDULLA
(EXTRAITS CONCENTRÉS DE RATE ET DE MŒLLE OSSEUSE ASSOCIÉS)
SIROP — AMPOULES INJECTABLES ET BUVABLES

COLLOIDOGÉNINE
DU D[r] BAYLE
EXTRAIT SPLÉNIQUE SPÉCIAL
SIROP — AMPOULES INJECTABLES ET BUVABLES

LABORATOIRES CHAIX — HUGON & CAZIN, PHARMACIENS DE 1[re] CLASSE
8 et 10, Rue Alphonse-Bertillon, PARIS (XV[e])



COLI-BACILLOSES - PARASITES INTESTINAUX - GONOCOCCIES

MICROLYSE

TROIS FORMES = *Comprimés (3 par jour).*
Poudre pour enfants.
Doses pour lavages.

ÉCLAIRCIT les urines
ABAISSE la température
CALME la douleur

LABORATOIRES DE LA MICROLYSE, 10, Rue de Strasbourg, PARIS (X[e])

établissement d'une fistule d'Eck. Ces procédés tendent à supprimer le cloisonnement hépatique et la dilution sanguine se répartit d'une façon plus régulière et plus diffuse après ingestion d'eau.

P.-L. Marie.

REVUE MEDICO-CHIRURGICALE DES MALADIES DU FOIE, DU PANCREAS ET DE LA RATE
(Paris)

J. Surmont et **Cadet**. ***Indications et résultats des diverses techniques d'exploration radiologique du foie et des voies biliaires*** (*Revue médico-chirurgicale des Maladies du foie, du pancréas et de la rate*, t. **13**, n° 1, Janvier-Février 1938, p. 12-44). — Excellent article, très clair et comportant une bibliographie très fournie. Il précise, d'une part, les techniques d'exploration, avec de nombreux détails, et donne, d'autre part, les renseignements que l'on peut en tirer dans les principales affections du foie, de la vésicule, des voies biliaires. Sont, en effet, successivement étudiées l'exploration hépatique (pneumo-péritoine, insufflation colique et gastrique, repas opaques, hépatographie au thorium), l'exploration vésiculaire, directe ou après tétraïode, l'exploration des canaux extra-hépatiques, exploration lipiodolée après cholécystostomie.

A. Escalier.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Vienne)

Schneider. ***La méningite séreuse épidémique et ses rapports avec les affections à « virus » du système nerveux central*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. **88**, n° 20, 14 Mai 1938, p. 549-554). — S. a observé un grand nombre de cas de cette affection et résume un certain nombre d'intéressantes observations. Une première série de cas confirme la nature infectieuse de la maladie: un homme admis le 29 Mai 1936 avec fièvre, maux de tête, vomissements, raideur de la nuque légère, hyperleucocytose et hyperalbuminose du liquide C. R., n'ayant pu être isolé faute de place, contamina son voisin de lit, qui présenta des symptômes analogues à partir du 12 Juin; de plus, la femme du patient fut admise le 12 Juillet, également atteinte de la même affection dont les signes étaient apparus 8 jours après le retour de son mari à la maison. Chez ces 3 malades on retrouve dans les sécrétions nasales la présence d'un streptocoque non hémolytique mis en évidence par les cultures. Un streptocoque analogue fut trouvé dans l'expectoration d'une autre malade atteinte de méningite séreuse, cependant que l'examen des sécrétions nasales et de l'expectoration de toutes les autres malades de la même salle était négatif.

D'autres observations, dans lesquelles la P. L. a été faite en série, montrent que, dans certains cas, la durée de l'affection excède de beaucoup celle de la phase clinique et que le processus de guérison peut se prolonger plusieurs mois.

Enfin S. a observé un certain nombre de formes abortives, particulièrement fréquentes au début des épidémies (où leur diagnostic est des plus difficiles), et à la fin des mêmes périodes.

A la lumière de ses observations personnelles, S. cherche quels sont les rapports de la M. S. E. avec les différentes affections attribuées à un virus neurotrope. La méningite de la parotidite épidémique s'observe toujours en hiver, alors que la M. S. E. est une maladie d'été.

L'herpès zoster qui s'observe souvent au cours des épidémies de poliomyélite ne se voit qu'exceptionnellement au cours de la M. S. E.; par contre, en temps d'épidémie de M. S. E. le personnel soignant présente assez souvent de l'herpès. Mêmes remarques pour l'herpès simple dont le virus s'apparente à celui de l'encéphalite épidémique.

D'encéphalite vaccinale, rare dans sa région, S. cite 4 cas, dont l'un survenu au cours d'une petite épidémie de poliomyélite.

L'encéphalite épidémique est plutôt une maladie d'hiver. S. a choisi 4 observations avec vérification *post mortem*, qui lui semblent prouver qu'un syndrome clinique commun, l'encéphalite fulminante, peut correspondre à des lésions histologiques différentes. Ceci confirmerait S. dans son idée que la M. S. E. dont on observe des cas et au cours des épidémies de poliomyélite et au cours des épidémies d'encéphalite n'a pas une étiologie univoque.

Basch.

Schneider. ***La méningite séreuse épidémique et ses rapports avec les affections à « virus » du système nerveux central*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. **88**, n° 21, 21 Mai 1938, p. 569-574 [*fin*]). — Après avoir passé en revue les diverses méningo-encéphalites infectieuses, S. passe à la poliomyélite antérieure aiguë, et publie le résumé de nombreuses observations de formes atypiques avec signes méningés prédominants, sans paralysie, formes beaucoup plus fréquentes dans sa région que les formes classiques; en 1937, de nombreux cas semblables furent observés dans une contrée fréquentée par les excursionnistes viennois, à la suite de l'épidémie de Vienne. La présence d'un streptocoque non hémolytique dans le nasopharynx est assez fréquente dans les formes frustes de poliomyélite; mais S. ne l'a pas retrouvé dans les formes sévères. Il rapproche cependant ces faits de ceux observés dans l'encéphalite où l'on a pu mettre en évidence assez souvent un diplo-streptocoque.

S. s'appesantit ensuite sur le « phénomène de Schwartzmann »: si, après une injection intradermique d'une culture en un point quelconque, on injecte, 24 heures plus tard, la même culture par voie veineuse, on détermine l'apparition d'une zone d'hémorragie et de nécrose au lieu de l'injection intradermique.

Chez l'homme, des agents divers peuvent déclancher le phénomène (toxine, complexe antigène-anticorps) et l'hémorragie fait place à une réaction inflammatoire. Ne faudrait-il pas considérer qu'un semblable phénomène est à l'origine de la M. S. E.?

S. estime également qu'il est possible de voir la M. S. E. passer du rang des maladies à virus au rang des maladies microbiennes, comme cela est arrivé pour la scarlatine.

Basch.

Meier. ***Comment favoriser la sécrétion lactée chez la femme*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. **88**, n° 24, 11 Juin 1938, p. 653-656). — Il n'existe pas de méthode permettant de prévoir la valeur fonctionnelle de la glande mammaire d'une femme au début de l'allaitement; la différence entre la température axillaire et la température sous-mammaire n'a de valeur que si cette dernière dépasse de 0,5° C. la première, ce qui signifie une activité sensible de la glande; dans le cas où il n'y a pas de différence, le pronostic est impossible.

Une des causes de l'agalactie réside dans le manque de soins donnés aux seins: ceux-ci doivent être entièrement vidés après chaque tétée avec une pompe efficace et non le simple mais insuffisant ballon de caoutchouc employé dans les maternités. On adjoindra à cette mesure l'irradiation des seins par les U. V. un quart d'heure après absorption d'une quantité aussi abondante que possible de liquide, et l'administration des diverses préparations dites galactogènes.

Le congé légal de 6 semaines après les couches est suffisant quand il s'agit d'enfants normaux. Quand il s'agit de prématurés, il faudrait que ce délai fût doublé, les enfants débiles ayant besoin de l'allaitement maternel pendant 3 mois au moins.

Basch.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Vienne)

Dienst. ***Propriétés hypnotiques et analgésiques du choc insulinique léger*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **51**, n° 9, 4 Mars 1938, p. 269). — Dans ce très court article, D. rappelle que pendant la phase d'hypoglycémie réactionnelle on observe une tendance au sommeil, de même que le sommeil normal s'accompagne d'une chute de la glycémie. D. émet l'hypothèse que cette action se fait par l'intermédiaire de variations de l'équilibre acide-base agissant elles-mêmes sur le système neuro-végétatif. Certaines contradictions dans l'exposé des faits rendent les explications de D. assez peu claires en ce qui concerne le rôle de l'hypoglycémie dans la sédation des maux de tête.

Basch.

Löwenstein. ***Utilisation thérapeutique du venin de serpent et de poisons végétaux analogues*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **51**, n° 10, 11 Mars 1938, p. 302-307). — A la suite d'une rapide revue générale relatant les travaux relatifs à l'action des venins de cobra dans les algies des cancéreux, L. rapporte sa propre expérimentation portant sur 97 rhumatisants (arthroses vertébrales, scapulo-humérales, coxo-fémorales). Sous l'effet des doses croissantes de cobratoxine, les douleurs cédèrent rapidement, mais une contre-épreuve poursuivie à l'aide de sérum physiologique donne les mêmes résultats, ce qui démontre le rôle de la suggestion. Par contre, échec dans des cas de sciatique et surtout de névralgies du trijumeau.

L. a pratiqué chez ses malades des dosages de cholestérine, et a noté son augmentation 48 heures après l'injection. Il a expérimenté en outre l'action du venin d'abeille et celle d'une saponine d'origine végétale qu'il a utilisée en injection intradermique, et dont l'action analgésique lui a paru supérieure à celle de la cobra-toxine.

Basch.

Deuk. ***Traitement des embolies*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **51**, n° 11, 18 Mars 1938, p. 321-326). — D. a tenté depuis 4 ans l'action des divers spasmolytiques dans le traitement des embolies, en s'inspirant de l'idée théorique selon laquelle la crampe artérielle joue un rôle considérable dans la pathogénie de ces troubles circulatoires.

Sur 33 cas d'embolie périphérique traités par l'eupavérine, 20 furent améliorés, c'est-à-dire restèrent indemnes d'accidents gangréneux, 4 furent améliorés mais avec l'apparition de foyers superficiels de nécrose, 9 demeurèrent inchangés, mais ces derniers s'accompagnaient de calcifications artérielles.

Ces résultats obtenus par une thérapeutique médicale sont à comparer avec ceux que l'on obtient par l'embolectomie. Là-dessus les statistiques donnent 22,5 pour 100 de guérisons, et une mortalité de 59,4 pour 100. Encore faut-il noter que dans ces cas l'intervention se fit dans les dix premières heures.

D. a réalisé chez le chien des embolies par injection dans l'artère fémorale d'albumine d'œuf. Les radiographies successives avant et après l'injection d'eupavérine en montrent les effets spasmolytiques. Des artériogrammes faits chez l'homme montrent des résultats analogues.

Les embolies pulmonaires successives semblent également, d'après D., bénéficier de cette médication. L'eupavérine sera injectée sous surveillance médicale par voie endoveineuse, et le cœur surveillé attentivement.

Basch.

Medvei et Stern. ***Contribution à l'étude de l'hyperthermie habituelle*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **51**, n° 11, 18 Mars 1938, p. 326-330). — Celle-ci se présente sous trois aspects cliniques: fébricule à 37°5 chez des sujets entièrement sains, constatée par la prise fortuite de la température, et apparaissant de temps à autre; température anormalement élevée se maintenant en petit plateau; enfin courbe à rémissions matinales, et sommets vespéraux ne dépassant pas 37°8. Il s'agit dans ces derniers cas de déséquilibrés végétatifs avec ou sans hyperthyroïdie. En d'autres ordres de faits, on peut distinguer des hyperthermies durables, périodiques et résiduelles (ou post-infectieuses).

M. et S. utilisent une classification différente: H. par infection focale (foyers amygdaliens, dentaires, vésiculaires, etc...); H. d'origine neuro-végétative dans laquelle l'examen le plus minutieux ne peut déceler aucun foyer, mais où l'on trouve fréquemment de l'hyperthyroïdie; enfin, des cas mixtes dans lesquels un foyer infectieux insignifiant donne lieu à un mouvement fébrile disproportionné en raison du terrain neuro-végétatif particulier.

L'épreuve du pyramidon servirait à discerner les H. post-infectieuses (sensibles au pyramidon) des H. essentielles, neuro-végétatives, non influencées par le pyramidon.

BASEH.

Weissmann. ***Les injections médicamenteuses intra-articulaires*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **51**, n° 11, 18 Mars 1938, p. 330-333). — Parmi les agents thérapeutiques dont on peut user pour injecter dans les articulations, W signale tout d'abord les solutions de novocaïne à 1/200 additionnées d'adrénaline, dont l'action analgésique est satisfaisante. Il préconise l'emploi de phénol camphré aussi bien dans les arthrites avec épanchement que dans les autres; ne pas dépasser 1 à 2 cm^3 en raison des réactions locales. L'usage de vaseline stérile, de paraffine, de produits iodés, a été conseillé. Enfin, W a utilisé avec succès des extraits de foie et un produit sulfo-iodé dont l'action analgésique est due à la dunacaïne, produit dont l'emploi est préconisé en France.

BASEH.

ZENTRALBLATT für GYNAEKOLOGIE (Leipzig)

Frans Daels (Gand). ***La radiumthérapie intra-abdominale dans le cancer du col*** (*Zentralblatt für Gynäkologie*, an. 62, n° 9, 26 Février 1938, p. 453-467). — D. poursuit la réalisation technique d'une idée théoriquement juste. L'irradiation vaginale des cancers du col seule est, en général, insuffisante pour guérir les malades surtout dans les cas de cancers du col déjà avancés ayant envahi les paramètres et les zones ganglionnaires. C'est un fait reconnu par tous les adeptes de la curiethérapie appliquée aux lésions néoplasiques du col. Aussi est-il classique de joindre à l'action locale une irradiation du petit bassin par des rayons X très puissants. A ces radiothérapies profondes, D. préfère l'irradiation directe du petit bassin obtenue par l'introduction de tube de radium dans le cul-de-sac de Douglas et dans le cul-de-sac vésico-utérin.

Il y a 2 ans, D. publiait une technique d'exclusion du petit bassin à l'aide d'un diaphragme péritonéal qu'il créait en suturant au péritoine antérieur un large lambeau de péritoine postérieur qu'il détachait et amenait au contact d'un lambeau antérieur obtenu par une incision de Pfannenstiel et une libération du feuillet supérieur du péritoine incisé. La plaie laissée largement ouverte lui permettait de placer les tubes de radium dans ce large diverticule péritonéal pelvien artificiellement créé grâce à son procédé d'exclusion. Toutefois cette méthode n'alla pas sans inconvénient; la plaie tendait à se rétrécir et les tubes ne pouvaient rester en place qu'au plus 7 à 8 jours, puis les malades gardaient une éventration pénible. Bref, D. modifia sa technique. Il fit construire de gros tubes en argent pur de 1 *cm.* 20 de diamètre, flanqués latéralement de rainures, 4 tubes étaient introduits par laparotomie dans les culs-de-sac pré- et rétro-utérin puis grâce à de petites incisions latérales de la paroi abdominale, D. fit sortir l'extrémité supérieure de ces tubes, longs de 18 *cm.* pour ceux qui sont placés dans le Douglas, de 12 *cm.* seulement pour les tubes pré-utérins. Dans ces tubes sont introduits les tubes de radium qui restent placés 14 jours et, par la radiographie, D. peut se rendre compte que les tubes sont en bonne place. Comme ces tubes laissés dans la cavité abdominale entraînent une sécrétion péritonéale il est possible, grâce aux rainures latérales, d'en obtenir l'écoulement ou de l'aspirer.

Le procédé est ingénieux. Il substitue une irradiation faite au contact même des zones ganglionnaires et de la base des ligaments larges à l'irradiation indirecte complémentaire qu'on obtient par la radiothérapie profonde. C'est évidemment là l'idée directrice de D. Il n'a eu à déplorer que 2 morts sur 32 cas ainsi traités, une par péritonite, l'autre par embolie. Les autres malades ont supporté sans dommage le procédé de D., si l'on excepte 1 cas de fistule intestinale due à la blessure de l'intestin par un tube trop effilé et 1 un cas de petite plaie vésicale, chez une fibromateuse. Les deux fistules se fermèrent spontanément.

Si l'on peut déduire de ces faits que la technique de D. n'est pas aussi dangereuse qu'on pourrait le craindre *a priori*, il est impossible d'apprécier la valeur du procédé, car D. n'apporte pas de résultats. Sans doute, les cas traités sont trop récents — puisque D. ne paraît employer cette thérapeutique que depuis un an — pour qu'il puisse en faire état.

Il faut donc attendre pour juger si la curiethérapie vaginale jointe à la curiethérapie abdominale directe donne des résultats supérieurs à ceux obtenus par la curiethérapie vaginale complétée par la radiothérapie profonde aujourd'hui préconisée.

DESMAREST.

Herbert Albers (Leipzig). ***Grossesse et diabète*** (*Zentralblatt für Gynäkologie*, an. 62, n° 17, 23 Avril 1938, p. 904-916). — L'article de A. contient:

1° Une très complète observation d'une jeune femme de 29 ans, fille d'un diabétique. Cette ancienne glycémique (2 *g.* 11) et ancienne glycosurique (3 *g.*), à l'occasion d'une grossesse, vit reparaître du sucre dans son sang et dans ses urines, mais en petites quantités. Toute une série de dosages faits par A. permit de suivre les modifications de la glycémie, de la glycosurie et de l'acétonie pendant la grossesse, pendant le travail et après l'accouchement qui fut normal.

2° Une observation d'une femme de 23 ans, fille de diabétique, chez qui la polyurie et la polydipsie apparurent au 8e mois d'une grossesse normale. Au cours du 9e mois, la femme non soignée commence à perdre ses forces, puis apparaît de l'essoufflement. La soif est insatiable. Elle est en état de précoma diabétique quand elle se décide à appeler un médecin. Elle a 3 *g.* 24 de sucre dans le sang et urine 69 *g.* de sucre par jour. L'enfant paraît mort et en effet elle met au monde un enfant macéré. On peut suivre, à l'aide des dosages répétés, l'heureux résultat de l'insulinothérapie qui parvint à éviter les accidents comateux mais ne put pas triompher du diabète qui persista.

3° L'observation d'une multipare qui, après trois grossesses normales, présenta au cours de sa quatrième grossesse des accidents éclamptiques graves avec coma. Basiotripsie. Hémorragie par atonie utérine; shock hémorragique dont elle sort après deux heures grâce à l'injection de sérum sucré intra-veineux. Cinq heures et demie après cette injection, on trouve dans le sang 4 *g.* 50 de sucre et quelques heures après, les urines contiennent 1 *g.* 20 de sucre. Il est intéressant de suivre l'évolution de l'albuminurie et de la glycémie et de voir combien était sensible l'organisme de cette femme qui laissait passer du sucre dans l'urine dès qu'elle prenait 12 *g.* d'hydrates de carbone. L'insuline permit le retour à une alimentation normale, mais la malade, fille d'une diabétique, reste une diabétique latente comme elle l'était, sans aucun doute, avant sa dernière grossesse.

4° L'observation d'une femme ayant eu deux grossesses normales et une fausse couche, qui fit à deux reprises, quelques années plus tard, un coma diabétique. Chez elle, A. interrompit une nouvelle grossesse et malgré le traitement par l'insuline, le lendemain de l'avortement, le sucre qui avait disparu reparut et en 4 jours s'éleva à la dose de 30 *g.* 8. A. fit de fortes doses d'insuline et diminua la ration d'hydrates de carbone sans parvenir à empêcher l'augmentation de la glycémie et la réapparition de l'acétone.

A. conclut de cette observation que toute diabétique doit être prise en surveillance et traitée avant qu'on ne songe à interrompre sa grossesse. Cette interruption sera indiquée, selon A., quand ni le régime, ni l'insulinothérapie n'arriveront à diminuer le taux du sucre, quand le bilan des hydrates de carbone est trop réduit ou devient négatif ou quand l'acétonurie, déjà abondante, augmente.

A. pose une grave question: celle de la valeur sociale d'un enfant né de parents diabétiques. Pour lui, un tel enfant ne devrait épouser que l'enfant d'une famille n'ayant dans ses antécédents aucun diabétique et il se demande si cette condition ne devrait pas être légalement imposée.

5° La dernière observation montre qu'en cas de mort prématurée d'un enfant, lorsqu'on n'en trouve pas la cause, il faut penser au diabète, surtout s'il s'agit d'un enfant géant. Toute femme reconnue atteinte de diabète léger doit être éduquée pour qu'elle puisse, pendant sa grossesse, se soigner chez elle. Ce n'est que vers la fin de la grossesse qu'il sera bon de l'hospitaliser pour la mettre à l'abri d'un accident évitable.

DESMAREST.

BOLETIN DEL INSTITUTO DE MEDICINA EXPERIMENTAL (Buenos-Aires)

Roffo et Correa. ***Etude de la formule chimique des substances cancérigènes dérivées du cholestérol par l'action des radiations ultraviolettes*** (*Boletin del Instituto de Medicina experimental*, t. 14, n° 46, Décembre 1937). — Il résulte des déterminations effectuées, que les modifications subies par le cholestérol dans le processus de son activation et de sa transformation en substance cancérigène se caractérisent, en premier lieu, par une oxydation de la chaîne latérale et une modification estérique du noyau tétracyclique.

C. RUPPE.

Roffo. ***Formation d'ulcères et de tumeurs malignes dans l'appareil digestif par l'ingestion d'aliments riches en cholestérine irradiée*** (*Boletin del Instituto de Medicina experimental*, t. **14**, n° 46, Décembre 1937). — R. résume ainsi ses importants travaux, brillamment illustrés :

L'ingestion prolongée du cholestérol irradié par le soleil ou les rayons ultraviolets, ajouté aux aliments ou contenu dans leur composition, a provoqué chez les rats des ulcérations dans l'estomac (érosions et ulcères ronds) et des formations néoplasiques adénocarcinomateuses. C. RUPPE.

Roffo. ***L'oxyde de carbone dans le sang des fumeurs*** (*Boletin del Instituto de Medicina experimental*, t. **14**, n° 46, Décembre 1937). — D'après les déterminations effectuées, l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

a) Le CO a été constaté dans le sang du lapin après une inhalation de fumée de tabac durant 5 minutes.

b) Les déterminations quantitatives par la méthode spectrographique montrent que le CO augmente dans le sang proportionnellement au chiffre d'inhalations de fumée de tabac.

c) La teneur en CO est plus élevée chez les personnes qui fument, et cela en proportion à la quantité de tabac fumé. C. Ruppe.

ARCHIVES OF NEUROLOGY AND PSYCHIATRY (Chicago)

Tracy J. Putnam. ***Traitement de l'athétose par la section du faisceau extra-pyramidal dans son trajet spinal*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. **39**, n° 2, Février 1938, p. 258-276). — Sous le nom d'affections extrapyramidales on a groupé certains syndromes morbides caractérisés par des mouvements anormaux : athétose, dystonie, spasme de torsion, torticolis spasmodique, hémiballisme, chorée, myoclonus, paralysie agitante.

P. élimine de ce cadre la paralysie agitante et la chorée, et s'intéresse surtout à l'athétose dont il rapporte 23 observations traitées par la section du faisceau extrapyramidal dans le cordon antérieur de la moelle associée à la section de la racine antérieure correspondante. Dans le torticolis spasmodique il est utile de sectionner, en plus, les trois premières racines cervicales antérieures.

Sur ces 23 interventions, P. a eu trois décès, qui montrent le péril qui existe à faire une section bilatérale en raison des troubles respiratoires qui en résultent.

17 des survivants montrent des améliorations plus ou moins importantes dont certaines, datant de 5 ans, portent sur les mouvements anormaux disparus ou atténués et sur l'état du tonus. Certains peuvent rester tranquillement dans leur lit, d'autres s'asseoir, marcher, et même reprendre leurs occupations.

Dans quatre cas où l'intervention resta sans résultat, le tremblement était du type de celui de la paralysie agitante.

Intéressants du point de vue pratique, ces résultats le sont également du point de vue physiologique. Ils montrent trois choses : 1° la section du cordon antérieur détruit les fibres qui convoient la transmission des mouvements anormaux, sans déterminer d'ataxie cinétique ou statique, des signes pyramidaux, ou des troubles des sphincters ; 2° les fibres assurant la transmission des mouvements anormaux ne passent pas toujours en totalité par le cordon antérieur, et passent en partie par le faisceau respiratoire ou le faisceau pyramidal, la guérison est alors incomplète ; 3° le tremblement de la paralysie agitante ne suit pas la même voie, il n'est pas amélioré par cette intervention.

H. Schaeffer.

J. R. Graham et **H. G. Wolff.** ***Mécanisme du mal de tête dans la migraine et tartrate d'ergotamine*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. **39**, n° 4, Avril 1938, p. 737-764). — L'action sédative du tartrate d'ergotamine sur la céphalée de la migraine est bien connue depuis les travaux de Tzanck, de Lennox et von Storch, de O'Sullivan. G. et W. ont repris expérimentalement cette étude dans 42 cas de crises de migraine chez 22 sujets. Ils en tirent les conclusions suivantes :

Il existe un rapport étroit entre l'intensité de la céphalée et l'amplitude des pulsations de certaines branches de la carotide externe. Les facteurs qui diminuent l'amplitude des pulsations diminuent l'intensité des maux de tête et inversement.

La compression mécanique de la carotide primitive du côté algique atténue ou fait disparaître complètement la céphalée. Chez certains sujets, la compression de l'artère temporale et occipitale abolit temporairement la céphalée, chez d'autres elle persiste en partie.

La distension de l'artère temporale par augmentation de la pression hydrostatique détermine expérimentalement de la céphalée.

Le tartrate d'ergotamine diminue l'intensité de la céphalée et réduit parallèlement l'amplitude des pulsations des branches de la carotide externe de 50 pour 100. Les variations de ces 2 facteurs sont parallèles, ainsi qu'en témoigne la comparaison des photographies faites pendant et après la crise de migraine dans 22 cas, qui montrent la vaso-constriction des artères temporale et méningée moyenne après l'injection d'ergotamine.

Par contre, l'état des artères dépendant de la carotide interne pendant la migraine n'est pas connu.

Le seuil de perception de la douleur superficielle et profonde produite par l'injection d'histamine n'est pas appréciablement élevé par l'injection de tartrate d'ergotamine. D'ailleurs, la réponse des muscles lisses par la stimulation des fibres sympathiques n'était pas sensiblement diminuée par l'injection de tartrate d'ergotamine.

Tous ces faits permettent de penser que la céphalée de la migraine est produite par la distension des artères du crâne, et que l'action sédative du tartrate d'ergotamine est due à sa faculté de déterminer de la vaso-constriction artérielle et de diminuer l'amplitude des pulsations.

H. Schaeffer.

ENDOCRINOLOGY (Los Angeles)

H. O. Burdick et **R. Whitney.** ***Sort des ovules fécondés chez la souris quand la traversée de la trompe est accélérée par des injections massives de progynon B.*** (*Endocrinology*, t. **22**, n° 6, Juin 1938, p. 631-639). — Une substance œstrogène telle que le progynon B, injectée chez la souris à doses massives (100 à 500 unités), accélère la traversée de la trompe par les ovules. Les expériences relatées ici montrent que dans ces conditions le milieu utérin produit une dégénérescence de ceux-ci, si bien que la grossesse se trouve empêchée.

Injectant le progynon après copulation et constatation du bouchon vaginal, B. et W. ont numéré les corps jaunes et, après lavage de l'utérus, ont vu que le nombre des ovules fécondés trouvés ne correspond pas à celui des corps jaunes, ce qui indique que certains ovules ont subi la désintégration. De plus, les ovules trouvés présentent diverses anomalies dans les premiers stades de leur division dans les 24 heures suivant leur entrée dans l'utérus. L'accélération se produit d'ordinaire 30 heures après l'injection. Cet effet nocif semble dû au manque d'un liquide-support convenable dans l'utérus, et non à l'action directe du progynon.

P.-L. Marie.

R. Whitney et **H. O. Burdick.** ***Accélération chez la lapine de la traversée de la trompe par les ovules fécondés sous l'influence des injections massives de progynon B.*** (*Endocrinology*, t. **22**, n° 6, Juin 1938, p. 639-643). — Comme l'ovule chez la lapine est émis 10 heures après la copulation, l'âge de l'ovule fécondé peut être facilement déterminé. On sait que le stade de division à 2 cellules a lieu 22 heures après la copulation, le stade à 4 cellules 25 heures après, le stade à 8 cellules 32 heures après, le stade à 16 cellules 40 heures après, le stade à 32 cellules 47 heures après et l'ovule pénètre enfin dans l'utérus 70 heures après la copulation.

Le progynon fut injecté à diverses heures et le contenu de l'utérus soigneusement examiné après lavage. Comme chez la souris, on constate qu'une injection massive de progynon (5.000 unités) faite après l'ovulation accélère le passage dans la trompe de l'ovule fécondé. Ces œufs, qui présentent les premiers stades de division, dégénèrent en peu d'heures après avoir été exposés aux liquides utérins et la grossesse n'a pas lieu.

La trompe où l'ovule des mammifères séjourne trois jours est sans doute le milieu propice à l'embryon jusqu'à ce que la morula atteigne enfin l'utérus (72 heures après copulation). La désintégration constatée paraît relever de la présence dans l'utérus de liquides d'origine œstrale résultant de la condition d'œstrus prolongé créée par le progynon. Il s'agit là d'une stérilisation hormonale temporaire.

P.-L. Marie.

RASSEGNA INTERNAZIONALE DI CLINICA E TERAPIA (Naples)

E. Frola (Gênes). ***Est-il exact de parler d'un choc insulinique ?*** (*Rassegna internazionale di clinica e terapia*, t. **19**, n° 10, 31 Mai 1938, p. 433-437). — On admet en général que l'insuline a une action hypotensive et que, dans les accidents produits par l'administration excessive d'insuline, existe un abaissement notable de la pression artérielle. En réalité, lorsqu'on injecte pour la première fois à un diabétique 10 unités d'insuline, on n'observe que des variations minimes des pressions maxima et minima, de l'ordre de 5 à 10 *mm*. de mercure, rarement de 20 ou plus, variations en plus ou en moins. Lorsque les injections d'insuline ont été faites pendant 10 jours consécutifs, l'action de chaque injection sur la pression devient plus nette et plus constante ; aussitôt après, la maxima baisse légèrement mais remonte rapidement et peut même dépasser la valeur initiale ; les variations de la minima sont moins accusées que celles de la maxima si bien que la différentielle augmente. Lorsque les sujets présentent les signes cliniques qui traduisent l'administration excessive d'insuline (adynamie marquée, sueurs profuses, secousses musculaires, confusion mentale ou coma), la pression artérielle est presque toujours nettement augmentée, la maxima plus que la minima. On ne peut donc pas parler de choc insulinique, puisque l'hypotension qui est un élément caractéristique du choc manque ; mieux vaut employer l'expression de crise insulinique. Lucien Rouquès.

ARCHIVIO ITALIANO DELLE MALATTIE DELL' APPARATO DIGERENTE (Bologne)

A. Bologna et **A. Costadoni** (Milan). ***Observations sur le fonctionnement gastrique et pancréatique chez les cardiaques*** (*Archivio italiano delle malattie dell' apparato digerente*, t. **7**, n° 3, Mai 1938, p. 215-254). — Chez les cardiaques en décompensation, il existe constamment un état de souffrance de l'estomac qui se traduit par une symptomatologie à caractère dyspeptique et qui est la conséquence de la congestion passive des parois de l'organe ; la réponse à l'injection d'histamine est habituellement tardive, avec une sécrétion peu abondante et parfois même totalement absente, hypo- ou anachlorhydrique ; lorsque la décompensation cardiaque est légère, les phénomènes gastriques sont les mêmes mais moins accusés ; lorsque la décompensation cesse, les fonctions gastriques redeviennent normales si la stase n'a pas, par une durée trop longue, altéré l'épithélium ; chez les cardiaques qui n'ont jamais présenté de décompensation, l'estomac est normal. Les fonctions pancréatiques externe et interne étudiées, la première par le dosage de l'azote et des

lipides dans les fèces (indice de Zoia) et l'autre par l'hyperglycémie alimentaire, sont normales chez les cardiaques compensés et troublées chez les cardiaques décompensés, le trouble pouvant devenir permanent après des décompensations répétées.

Les troubles gastriques et pancréatiques sont indépendants de la nature de la lésoin cardiaque et liés seulement à la stase locale.

LUCIEN ROUQUÈS.

R. Ginoulhiac (Lecco). ***Sécrétion gastrique et action de la belladone*** (*Archivio italiano delle malattie dell' apparato digerente*, t. 7, n° 3, Mai 1938, p. 255-272). — G. a étudié chez 20 sujets atteints d'affections gastriques l'effet sur la sécrétion gastrique de la belladone administrée soit par voie intramusculaire (0 mg. 5 de bellafoline), soit par voie buccale (XX gouttes de bellafoline à 1 pour 2.000). En donnant la belladone une demi-heure avant le repas d'Ewald, on observe en général une diminution de l'acidité du suc gastrique parfois précédée par une légère augmentation; l'effet inhibiteur persiste 1 h. 30 à 2 heures chez les hyperchlorhydriques; il est à peu près le même quelle que soit la voie d'introduction; lorsque la belladone est donnée en même temps que le repas, ses effets sont variables et inconstants; lorsque la belladone est donnée une demi-heure après le repas, on observe constamment une diminution nette de l'acidité parfois retardée et survenant après une augmentation passagère; la voie d'introduction n'influe pas nettement sur les résultats; cependant, chez les hyperchlorhydriques les effets les plus nets sont obtenus par voie intramusculaire, et chez les sujets à chlorhydrie normale par voie buccale; lorsque les effets de la belladone ont pu être étudiés chez un même sujet en administrant celle-ci à divers moments par rapport au repas, l'efficacité maxima a été généralement constatée lorsqu'on la donnait avant. La diminution du volume de la sécrétion et celle de la teneur en acide sont presque toujours simultanées, mais la première est plus accentuée que la seconde. La belladone a peu d'action chez les sujets à chlorhydrie normale; elle est bien plus active dans les hyperchlorhydries par lésion gastrique (ulcères) que dans les hyperchlorhydries réflexes par lésion à distance. L'action de la belladone est assez variable d'un sujet à l'autre et chez un même sujet: chez un malade atteint d'ulcus gastrique avec hyperacidité, G. a constaté que la belladone avait, suivant les recherches, un effet inhibiteur ou un effet stimulant.

LUCIEN ROUQUÈS.

THE TOHOKU JOURNAL of EXPERIMENTAL MEDICINE (Sendai)

S. Tsuge. ***Modification du métabolisme intermédiaire des hydrates de carbone dans le foie sous l'influence des ondes sonores ultra-acoustiques et des ondes ultracourtes*** (*The Tohoku Journal of experimental Medicine*, t. 33, n°s 1-2, 31 Mai 1938, p. 8-18). — En faisant agir directement sur le foie mis à découvert des ondes ultra-acoustiques et en prélevant du sang dans la veine porte, dans la veine sus-hépatique et dans la circulation artérielle, T. a constaté une augmentation du sucre sanguin et une diminution de l'acide lactique dans ces trois sortes de vaisseaux. Il y a donc stimulation de la glycogénèse, mobilisation intense du sucre et resynthèse accélérée de l'acide lactique sous l'influence de ces ondes qui excitent le foie.

Si l'on fait agir des ondes ultracourtes sur la région du foie chez le lapin, on trouve de même un abaissement marqué de l'acide lactique du sang en même temps qu'une augmentation notable du sucre sanguin dans le sang de la carotide, de la veine porte et de la veine sus-hépatique, surtout accusée dans cette dernière.

P.-L. MARIE.

M. Tiba. ***L'augmentation de volume des surrénales pendant l'inanition est-elle due au manque de vitamine B?*** (*The Tohoku Journal of experimental Medicine*, t. 33, n°s 1-2, 31 Mai 1938, p. 85-107). — Toute une série d'expériences chez le pigeon a permis d'établir incontestablement que l'augmentation de volume des surrénales qui se manifeste pendant l'inanition n'est pas due à un défaut de vitamine B, contrairement à l'opinion de Besnak.

T. a trouvé une certaine augmentation du taux de l'adrénaline dans les surrénales des pigeons soumis au jeûne, tout en étant bien moindre que chez les pigeons de Marrian et chez les rats de Vincent, les seuls auteurs qui aient constaté une augmentation de l'adrénaline, les autres notant une diminution ou un taux stationnaire. La vitamine B n'a aucune influence sur le taux de l'adrénaline.

Histologiquement, en dehors d'une hyperplasie bien connue des cellules corticales accompagnée d'altérations régressives, il existe assez souvent des manifestations d'hypertrophie du côté des cellules médullaires. L'administration de vitamine B ne modifie en rien ces lésions histologiques.

P.-L. MARIE.

MEDYCYNA (Varsovie)

J. Kochanowski. ***De l'examen radiologique du pancréas*** (*Medycyna*, n° 18, 21 Septembre 1937). — Dans un travail abondamment illustré de reproductions radiographiques, l'auteur souligne les conditions générales de l'examen radiologique du pancréas et étudie sa topographie par rapport aux organes du voisinage. Il apporte une étude détaillée de la lithiase du pancréas et trace son diagnostic différentiel. Une description détaillée est consacrée au diagnostic des tumeurs malignes et des kystes du pancréas ainsi que des processus inflammatoires, principalement de ceux ayant une allure chronique. Dans son travail, K. fait ressortir particulièrement la corrélation des manifestations cliniques et radiologiques et leurs difficultés diagnostiques.

FRIBOURG-BLANC.

Mme J. Sztolemen-Lapinska. ***Les composés sulfamidés (septazine) dans les maladies de la peau chez les enfants*** (*Medycyna*, n° 10, 21 Mai 1938, p. 389-393). — Mme S.-L. rapporte ses constatations personnelles sur l'emploi de la septazine dans les affections cutanées infantiles avec suppurations rebelles. Le champ d'observation s'étend sur 50 enfants. Cette pratique enseigne que la septazine, associée au traitement local, abrège sensiblement la durée de la maladie et supprime les rechutes. La médication est très bien supportée, malgré l'administration de doses élevées, la longueur du traitement et le jeune âge des patients. L'intolérance qui peut se manifester parfois après l'usage prolongé des doses relativement élevées se traduit par des nausées, des vomissements, des douleurs abdominales et des céphalées. La suppression de la septazine fait régresser rapidement les signes d'intolérance. Dans les cas graves, les injections intraveineuses ou intramusculaires de septazine complètent avantageusement le traitement par l'ingestion.

FRIBOURG-BLANC.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA (Stockholm)

E. Jonsson (Stockholm). ***Sur l'arthropathie mutilante*** (*Acta medica Scandinavica*, t. 96, n° 1, 30 Juin 1938, p. 28-43). — En 1913, Pierre Marie et Léri ont décrit, sous le nom de main en lorgnette, un syndrome spécial, caractérisé par la fonte des épiphyses et parfois aussi des diaphyses adjacentes du squelette des doigts, ce qui amène un raccourcissement des phalanges et, par suite, un plissement des téguments. Depuis, on a vu que ces destructions pouvaient s'observer aux pieds et même en d'autres régions. Aussi a-t-on proposé la dénomination plus générale d'arthropathie mutilante, bien que celle d'ostéopathie mutilante soit plus exacte.

Ce syndrome a été observé dans des cas de polyarthrite et dans certaines maladies nerveuses; il semble se rencontrer également dans le psoriasis arthropathique. J. en relate ici deux cas typiques, l'un chez un homme de 32 ans, l'autre chez un sujet de 60 ans. Chez le premier, les lésions destructives étaient localisées aux pieds; chez le second, outre les pieds, elles atteignaient les genoux.

Bien que peu d'examens histologiques aient été faits, il est manifeste que la base anatomo-pathologique varie selon les cas. On a décrit tant des altérations inflammatoires que des lésions non inflammatoires, celles-ci rappelant l'ostéite fibreuse. Il semble qu'à ces deux modifications morphologiques différentes correspondent deux groupes cliniques différents, les modifications inflammatoires paraissant se rencontrer dans les cas où existent des polyarthrites, les non inflammatoires étant l'apanage des affections nerveuses.

P.-L. MARIE.

A. Van Bogaert et **F. Van Baarle** (Anvers). ***Hypertension artérielle et hormones hypophysaires vaso-pressives et gonadotropes*** (*Acta medica Scandinavica*, t. 96, n° 1, 30 Juin 1938, p 56-76). — Divers auteurs ont attribué un grand rôle à l'hypophyse dans l'éclampsie et dans certains types d'hypertension. Chez les hypertendus pâles, Bohn a trouvé des substances vasopressives qui seraient d'origine hypophysaire; Kylin a constaté un taux élevé de prolan dans les urines des hypertendus; enfin Cushing a vu que les plus forts degrés d'infiltration du lobe postérieur par les cellules du lobe intermédiaire se rencontraient précisément dans l'éclampsie et l'hypertension maligne. Mais des opinions contraires n'ont pas tardé à se manifester. En admettant même que le lobe postérieur soit directement en cause dans l'hypertension, il n'existe par ailleurs aucun accord quant au milieu dans lequel ces hormones seraient déversées, sang ou liquide céphalo-rachidien.

A l'état normal, ce liquide ne contient aucun principe posthypophysaire. A l'état pathologique, et précisément dans l'hypertension essentielle, la question est plus discutée. Aussi B. et B. ont-ils recherché si, dans cet état, il existait dans le liquide un principe gonadotropé antéhypophysaire ou un principe vasopresseur posthypophysaire.

Ils ont examiné le liquide de 19 hypertendus stables âgés de 17 à 62 ans, dont 16 indemnes d'insuffisance rénale. Tous, sauf 3, étaient des femmes, la plupart aux environs de la ménopause. Dans 2 cas, il s'agissait d'éclampsie. Chez une femme existait un syndrome de Cushing.

Chez aucun hypertendu ils n'ont pu mettre en évidence d'hormones vasopressives en quantité supérieure à la normale (liquide ultrafiltré, injection intracisternale, chien éveillé).

Le liquide céphalo-rachidien ne renferma jamais d'hormones en quantité suffisante pour déterminer la maturation des follicules ovariens de la souris et de la rate impubères. Par contre, mis à part un cas d'éclampsie, le liquide possédait un pouvoir folliculinisant franc quand l'hypertension s'accompagnait de signes évidents de dysfonctionnement ovaro-hypophysaire tels qu'obésité et hypertrichose. Selon B. et B., pour que du prolan apparaisse dans le liquide céphalo-rachidien, il faut qu'à l'hypertension s'associe un autre facteur, le facteur hypophysaire, lequel est indépendant de l'état hypertensif et peut exister isolément.

Jamais ils n'ont pu constater la présence simul-



J. Rigollot

tanée d'hormones folliculinisantes et d'hormones vasopressives; seules les premières ont pu être mises en évidence. Tout tend donc à faire mettre en doute des rapports immédiats entre l'hypertension et une hyperactivité hypophysaire.

P.-L. Marie.

ACTA DERMATO-VENEREOLOGICA (Stockholm)

Putkonen. ***Les accidents causés par un composé sulfamidé (uliron)*** [*Acta dermato-venereologia*, t. **19**, fasc. 2, Mai 1938, p. 161-184]. — P. a traité 67 cas de blennorragie par l'uliron, à la dose de 2,5 à 3 *g*. par jour pendant environ une semaine, avec une dose totale de 14 à 24 *g*.

41 malades présentèrent quelques accidents isolés ou associés. 18 fois, P. constata de la céphalée, 6 fois une sensation de mal aux cheveux, 3 fois du vertige, 4 fois des bourdonnements d'oreilles; 6 fois des nausées et vomissements, 8 fois de la flatulence, 2 fois des douleurs stomacales et 1 fois de la diarrhée. 6 malades ont souffert d'insomnie, 3 de douleurs cardiaques et 1 de prurit sans éruption.

Ces troubles étaient, en général, légers et n'empêchèrent pas la continuation du traitement.

Des incidents plus graves furent constatés chez 9 malades. P. nota 7 fois une éruption, 2 fois à type urticarien avec œdème des paupières et des mains, 4 fois à type morbilliforme et 1 fois hémorragique: cette éruption s'accompagnait dans 4 cas de fièvre, céphalée, nausées, 5 fois elle était généralisée. On observait, en outre, des douleurs cardiaques, du vertige, de la diarrhée et une augmentation des ganglions lymphatiques, surtout cervicaux. Dans un cas, P. nota une adénopathie avec fièvre, mais sans éruption.

Tous ces troubles disparurent rapidement après cessation du traitement. Dans un cas, cependant, on constata une paralysie du grand hypoglosse de plus longue durée.

Au cours de ces phénomènes, on notait dans le sang une diminution des leucocytes, une lymphocytose relativement élevée et une forte éosinophilie dans les éruptions morbilliformes.

P. conseille de ne pas dépasser chez la femme la dose de 15 *g*. d'uliron et 20 *g*. chez l'homme.

P. considère ces incidents comme des réactions allergiques, au même titre que la maladie du sérum et l'érythème du 9e jour.

R. Burnier.

Falconer. ***Colite spécifique secondaire à une lymphogranulomatose inguinale*** (*Acta dermato-venereologica*, t. **19**, fasc. 2, Mai 1938, p. 185-196). — F. rapporte l'observation d'une femme de 36 ans qui, en 1922, fit une lymphogranulomatose inguinale; en 1924 apparurent des signes de colite aiguë; en 1926 on constata un rétrécissement du rectum, qui rendit nécessaire une colostomie.

Celle-ci doit être renouvelée au bout de 2 ans, l'inflammation du côlon ayant rétréci la boucle de l'intestin mise à nu.

L'examen histologique des fragments de côlon recueillis dans cette dernière opération montra une inflammation de la muqueuse avec exsudation purulente et prolifération, un fort œdème avec hémorragies et infiltration de cellules arrondies dans la paroi; dans la sous-muqueuse, on nota des infiltrations composées de cellules épithélioïdes, de cellules rondes, de cellules géantes d'un type particulier, analogues à celles qu'on observe dans les ganglions atteints de maladie de Nicolas-Favre. On constata aussi la présence de granulations analogues à celles que Barthels et Biberstein trouvèrent dans le scrotum et le rectum de malades atteints de lymphogranulomatose inguinale.

Cette malade semble donc présenter une colite consécutive à une lymphogranulomatose, de même nature que les états inflammatoires du rectum déjà connus; il s'agit donc d'une colite spécifique de la maladie de Nicolas-Favre.

R. Burnier.

Herlitz. ***Myosite gonococcique*** (*Acta dermato-venereologica*, t. **19**, fasc. 2, Mai 1938, p. 256-262). — Les cas de myosite gonococcique sont relativement rares. Il faut distinguer les cas de *myosite métastatique primitive* avec suppuration (dans le biceps brachial et fémoral, les muscles extenseurs des doigts, le long dorsal, les jumeaux, le soléaire, le psoas, le tibial postérieur, le masséter) ou sans suppuration (dans le biceps brachial et fémoral, le sterno-mastoïdien, le trapèze, le droit antérieur, le tenseur du fascia lata, l'obturateur interne, le quadriceps) et les cas de *myosite secondaire à une arthropathie* (dans le biceps brachial, grand pectoral, deltoïde au cours d'une arthrite scapulo-humérale, dans le tibial antérieur et les jumeaux au cours d'une arthrite tibio-tarsienne).

H. rapporte l'observation d'un ouvrier de 25 ans qui, au 12e jour d'une urétrite, fut atteint d'un rhumatisme blennoragique métastatique dans l'articulation huméro-cubitale; en même temps, on constatait une tuméfaction fluctuante dans les muscles dorsaux, à la hauteur de la 12e dorsale et de la 1re lombaire. L'urètre contenait des gonocoques et la réaction de fixation du complément était complètement positive.

L'arthropathie cubitale guérit complètement par le traitement de la gonagine combiné avec le massage et la mobilisation. Dans le pus de l'abcès musculaire, on trouva des gonocoques et la culture sur gélose-ascite fut positive.

Une guérison rapide fut obtenue après incision, drainage et lavage au nitrate d'argent.

R. Burnier.

Leontiev et **Telichevsky.** ***Action curative des protéines sur le psoriasis*** (*Acta dermato-venereologica*, t. **19**, fasc. 2, Mai 1938, p. 321-342). — Le psoriasis est la bête noire des dermatologistes, qui savent le blanchir, mais non le guérir.

L. et T. ont utilisé des préparations protéiniques, ne donnant aucun choc anaphylactique, pouvant être dissoutes dans une solution de Ringer, et stérilisées dans des ampoules en verre.

Ces préparations protéiniques, telles que la protéine obtenue des graines de *Phaseolus aureus*, contiennent en moyenne 49,35 pour 100 de carbone, 15,75 pour 100 d'azote, 6,95 d'hydrogène, 4,3 de tyrosine et 1,66 de tryptophane. Son pH est 7,5.

L. et T. ont traité 24 femmes atteintes de psoriasis, parfois invétéré, par des injections intramusculaires (0,5 à 2 *mg*.) de solutions stériles de cette préparation qui ne provoque ni réaction locale, ni thermique, ni objective.

Déjà, avec 5 à 7 injections, L. et T. ont obtenu des résultats visibles, mais pour avoir un effet définitif, il faut faire 15 à 20 injections.

Ces résultats se rapprochent de ceux publiés par Tzanck et Cord, par Banker, qui ont obtenu des résultats favorables dans le psoriasis par la lactothérapie.

R. Burnier.

REVUE MÉDICALE DE LA SUISSE ROMANDE (Genève-Lausanne)

A. Epstein. ***La part de l'atélectasie dans les affections pulmonaires*** (*Revue médicale de la Suisse romande*, t. **58**, n° 1, 25 Janvier 1938, p. 29-42). — L'atélectasie se caractérise essentiellement par l'absence de l'air alvéolaire: les alvéoles sont, ou bien collabées, ou bien remplies d'un liquide œdémateux; la fonction respiratoire est abolie. L'atélectasie ne doit pas être confondue avec le collapsus.

C'est l'atélectasie massive post-opératoire qui est la mieux connue et la mieux individualisée. Le plus souvent, elle aboutit au retour à la normale à plus ou moins brève échéance, mais dans un certain nombre de cas, le poumon atélectasié est frappé d'infection virulente et donne lieu à une pneumonie, à des foyers broncho-pneumoniques, à un abcès ou à la gangrène du poumon.

L'atélectasie pulmonaire peut être provoquée par l'intervention de trois facteurs: la diminution de la ventilation pulmonaire, l'obstruction bronchique, la contraction myo-élastique réflexe du poumon, avec bronchospasmes.

Dans un premier groupe, on peut ranger les atélectasies par obstructions brusques, par hémorragies ou embolies bronchiques, par hémoptysies, par perforation d'un ganglion caséeux dans une bronche, au cours d'un état inflammatoire aigu, bronchite fibrineuse, broncho-pneumonie ou au cours d'un état inflammatoire chronique des bronches: bronchectasie, suppurations broncho-pulmonaires, cancers broncho-pulmonaires.

Dans le deuxième groupe pathogénique, où prédomine la diminution de la ventilation pulmonaire, se rangent les atélectasies post-opératoires, massives ou discrètes, celles de l'hypostase, celles de la phrénicectomie, celles des immobilisations réflexes du diaphragme par une infection abdominale, une contusion thoracique ou un état angineux.

Elle est fréquente au cours de la tuberculose pulmonaire.

L'atélectasie est un état occasionnel qui se traduit surtout par une image radiologique d'opacité.

Robert Clément.

M. Gilbert. ***L'atélectasie périlésionnelle dans la tuberculose pulmonaire*** (*Revue médicale de la Suisse romande*, t. **58**, n° 1, 25 Janvier 1938, p. 45-55). — Au cours de l'évolution de la tuberculose pulmonaire on observe parfois des opacités radiologiques en taches ou en nappes, pouvant apparaître dans des zones de parenchyme sain, disparaissant sans laisser de traces ou, au contraire, laissant subsister un résidu d'ombres d'aspect variable. Ces opacités peuvent aussi se produire autour ou au voisinage d'images lésionnelles préexistantes.

Dans l'impossibilité de vérifier anatomiquement à quoi correspondent ces images, on en a donné des interprétations variées: processus tuberculeux, phénomènes inflammatoires non spécifiques, réactions fluxionnaires de nature allergique. Depuis quelque temps, à ces interprétations un peu confuses, on ajoute celles de l'atélectasie. La tentation est grande de mettre sur le compte de celle-ci le plus d'ombres radiologiques possibles.

L'ombre homogène résultant de l'atélectasie ne se différencie en rien, ni qualitativement, ni morphologiquement, de l'ombre due à une densification pneumonique ou à une sclérose diffuse, seuls des examens radiologiques en série fournissent quelques éléments de diagnostic.

En faveur de l'atélectasie est l'apparition et l'absence de tout signe d'évolution. Un autre élément est fourni par l'opacification, la rétraction et l'immobilisation combinée d'un territoire pulmonaire ou, rétrospectivement, par l'éclaircissement, l'expansion et le développement fonctionnel d'un territoire jusqu'alors uniformément opacifié et immobilisé.

De telles manifestations radiologiques sont rares et difficiles à saisir. Elles sont rendues plus fréquentes et plus évidentes par le pneumothorax ou par la paralysie artificielle du diaphragme.

L'atélectasie se trouve à toutes les phases de la tuberculose pulmonaire; outre l'obstruction bronchique ou la compression du voisinage, il est probable qu'un certain nombre d'atélectasies sont des phénomènes de défense réflexe autour de foyers relativement minimes.

Robert Clément.

R. Jeanneret et **A. Vaquette** (Leysin). ***A propos du pronostic des pleurésies exsudatives*** (*Revue médicale de la Suisse romande*, t. **58**, n° 8, 25 Juin 1938, p. 472-480). — Dans le but de préciser le pronostic des pleurésies tuberculeuses, J. et V. ont fait deux enquêtes chez les malades du sanatorium universitaire de Leysin.

La première a consisté à rechercher et à classer les incidents pleuraux chez 301 tuberculeux pulmonaires. On retrouve dans l'anamnèse de ces malades 53 pleurésies exsudatives vraies (17,6 p. 100), 3 pleurésies secondaires à une lésion pulmonaire évolutive (0,9 p. 100); 24 incidents pleuraux imprécis (7,9 p. 100).

D'autre part, on s'est préoccupé de savoir ce que sont devenus 24 malades atteints de pleurésies exsudatives guéries au sanatorium (il s'agissait de pleurésies séro-fibrineuses simples, premier épisode apparent de leur atteinte tuberculeuse); 22 malades ont guéri leur pleurésie et, après une cure sanatoriale d'une durée moyenne de 6 mois, ont pu reprendre et terminer leurs études universitaires et se créer peu à peu une situation. Après 6 à 10 ans de recul, leur atteinte pleurale est restée un incident unique. Chez deux malades sont survenues plus ou moins tardivement des lésions tuberculeuses, viscérales, osseuses ou ostéo-articulaires.

Le délai entre la pleurésie et l'apparition d'autres lésions tuberculeuses est souvent prolongé, celles-ci sont la conséquence d'une dissémination bacillaire, probablement par voie sanguine, à un moment donné de l'évolution du malade. Les lois de dispersion des bacilles dans l'organisme et de leur répartition dans les organes sont obscures, il y a cependant un déterminisme en rapport avec la topographie et la distribution des vaisseaux artériels. Il existe des acheminements plus ouverts et plus accessibles : fréquence des lésions rénales et des lésions osseuses ou ostéo-articulaires du bassin et du bas de la colonne vertébrale.

Aucun des 24 pleurétiques n'a présenté de lésions pulmonaires tuberculeuses. La pleurésie exsudative des adolescents et des adultes est un des éléments de la tuberculose hématogène dont elle implique tous les risques. Robert Clément.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Bâle)

A. Jentzer et **R. Weyeneth**. ***L'ostéomalacie non puerpérale traitée par l'ovariectomie*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **68**, n° 21, 21 Mai 1938, p. 602-609). — Diverses maladies qu'on ne peut distinguer que par l'examen histologique sont susceptibles d'entraîner une diminution de la résistance du squelette. Ces maladies sont : 1° l'ostéoporose sénile simple avec inhibition de la fonction ostéoblastique; 2° l'ostéite fibreuse endocrine ou exogène d'origine surtout parathyroïdienne; 3° la maladie de Paget ou ostéite déformante; 4° l'ostéomalacie caractérisée par la présence de tissu osseux non minéralisé; 5° le rachitisme. La forme puerpérale de l'ostéomalacie non puerpérale n'aurait été encore observée qu'une fois à Genève. On la confond d'ailleurs avec le rhumatisme chronique et avec d'autres affections osseuses.

Dans le cas de J. et W., il s'agit d'une femme de 38 ans qui eut un enfant à 22 ans et qui vit à la campagne. A 32 ans, cette femme a commencé à présenter des douleurs dans la région lombo-sacrée et thoracique. A 37 ans, elle entre à la clinique chirurgicale et mesure, à ce moment, 140 cm. et pèse 36 kg. Elle prétend que sa taille a diminué. On constate que le squelette est déformé : il y a cyphose dorsale avec aplatissement du thorax; aux rayons Rœntgen, destruction partielle des vertèbres avec effacement des ombres osseuses; au toucher vaginal, les branches ascendantes du pubis sont si rapprochées qu'elles ne permettent pas le passage de l'index; les ischions se touchent presque; les extrémités inférieures semblent s'être allongées par rapport au tronc. Les examens électriques révèlent l'existence d'une tétanie latente. Une biopsie, faite au niveau de la crête iliaque, montre qu'il s'agit d'un cas d'ostéomalacie typique : le tissu osseux peut être coupé avec les ciseaux et on constate des phénomènes d'halistérèse et d'ostéolyse d'une part avec néoformations osseuses, sous forme de bords ostéoïdes. Cependant, il existe également un élément ostéitique qu'on explique par la coexistence d'une très faible tendance acidosique.

Etant donné ce diagnostic, on décide de procéder à une ovariectomie bilatérale. Très rapidement, après l'intervention, la malade a commencé à se sentir mieux, notamment au point de vue des douleurs. Malgré une crise d'iléus paralytique, les progrès s'accentuent et on assiste à une véritable renaissance physique et morale. Une nouvelle biopsie, pratiquée 3 mois plus tard, permit de constater une légère amélioration anatomique. Une troisième biopsie, pratiquée près d'un an après l'intervention, a montré une grande différence au point de vue de la consistance de l'os et en même temps une disparition complète des bords ostéoïdes.

Une étude des théories, émises à propos de la pathogénie de l'ostéomalacie, amène J. et W. à conclure que, dans cette affection, il y a troubles de l'équilibre menant à une dystonie avec acidose. L'ovaire occupe d'ailleurs une place prépondérante comme le montrent les bons résultats obtenus par la castration. On ne saurait cependant dire s'il s'agit d'une hyperfonction ou d'une dysfonction ovarienne. En tout cas, à l'examen histologique, les ovaires de la malade ne présentaient rien d'anormal. Il ne semble pas par contre que l'hypovitaminose D joue un rôle bien que cette vitamine associée au calcium ait pu parfois exercer des effets favorables sur l'évolution de la maladie. P.-E. Morhardt.

Henri Paschoud. ***L'auto-pyothérapie intra-focale et hypodermique des épanchements purulents, collectés*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **68**, n° 21, 21 Mai 1938, p. 618-620). — P. rappelle qu'après Havlicek il a confirmé que le pus recueilli chez un malade et soumis pendant 10 minutes à l'action d'une source artificielle de rayons ultra-violets n'arrive plus, après avoir été réinjecté à ce même malade, à déterminer d'abcès local. Néanmoins, ce traitement du pus ne modifie pas les caractères des cultures obtenues avec les microbes que cette sécrétion contient. De même le pus d'un abcès qui s'ouvre spontanément est inoffensif pour les tissus du voisinage, ce qui ne serait pas le cas pour le pus d'un abcès ouvert par les méthodes chirurgicales. De fait, injecté à la dose de 1 à 3 cm^3 sous la peau du malade, ce pus ne provoque qu'une faible rougeur passagère. La « maturation » ne modifie pas les caractères morphologiques ou culturaux des microbes mais les rend inoffensifs.

Quoi qu'il en soit, de 1934 à 1938, Paschoud a réinjecté soit sous la peau, soit dans la cavité de l'abcès, du pus traité par les ultra-violets dans 1 cas d'érysipèle, 1 cas d'abcès pararectal périodique, 9 cas d'adénite cervicale ramollie, aiguë, subaiguë et chronique, etc. Cette auto-pyothérapie doit être considérée comme une sorte de bactériothérapie spécifique conformément aux conceptions défendues par Koch et par Wright. Les ultra-violets auraient pour effet de conduire à la maturation du pus.

Au point de vue technique, Paschoud remarque que le seul procédé pratiquement utilisable est celui d'Havlicek. Cet auteur agite doucement sa lampe « Bactophos » pendant 10 minutes dans 5 cm^3 de liquide purulent déposé dans un verre conique de laboratoire et stérilisé. La pyothérapie devient ainsi facile à exécuter pour tous ceux qui savent exécuter correctement une ponction à distance. P.-E. Morhardt.

CASOPIS LEKARU CESKYCH (Prague)

Roubal. ***L'ostéomalacie du semi-lunaire et son origine professionnelle*** (*Casopis Lekaru Ceskych*, an. **77**, n° 25, 24 Juin 1938, p. 770-774). — Sur les trois observations rapportées, seule la dernière concerne un cas d'ostéomalacie traumatique du semi-lunaire. Les premières concernent deux ouvriers respectivement âgés de 30 et 42 ans, employés à clouer des semelles à la machine. Pendant ce travail, la forme est maintenue par les deux mains, qui se trouvent constamment en demi-flexion sur l'avant-bras. En 8 heures, le nombre des secousses imprimées à la région carpienne est d'environ 14.000. Pour l'un et l'autre, le diagnostic a été établi fortuitement, à l'occasion d'un examen provoqué pour une autre raison. C'est dire que la maladie n'apportait aucune gêne fonctionnelle importante au cours de ce travail que le plus âgé exécutait depuis plus de 20 ans. La variété bénigne d'Hulten peut être invoquée comme cause prédisposante, mais l'origine de l'affection semble bien sous la dépendance directe de l'effort pénible réalisé, de la position de la main et des traumatismes localisés multiples qui en résultent.

Becka. ***Altérations pathologiques dues aux anomalies du métabolisme calcique*** (*Casopis Lekaru Ceskych*, an. **77**, n° 28, 13 Juillet 1938, p. 845-850). — Après avoir rappelé l'importance de l'harmonie métabolique des minéraux dans la physiologie viscérale et tissulaire, B. précise le rôle respectif de chaque système régulateur dans l'acidose et l'alcalose, des sels tampons et de certains agents particuliers tels que la magnésie administrée par voie parentérale pour les ions Ca et Oh, ou le phosphate de magnésium par la bouche pour les ions Ca et PO_4.

L'oxalate acide de potassium, même à doses non toxiques, entraîne un appauvrissement important en calcium. On note simultanément de l'hypertrophie des surrénales, des troubles neuro-végétatifs de plus en plus accentués avec perte de l'élasticité et sclérose des artères. On constate, de plus, une atrophie de la muqueuse gastrique, avec ulcérations ou végétations papillo-adénoïdes, hypertrophie de la musculeuse, surtout dans la région pylorique. Le tissu osseux se fragilise et ses altérations histologiques rappellent celles de l'ostéomalacie ou de la sénilité.

Les injections d'oxalate neutre de potassium permettent une survie plus longue des lapins en expérience et les modifications pathologiques constatées chez ces animaux sont beaucoup moins accentuées. Les lésions obtenues semblent s'expliquer essentiellement par les anomalies du métabolisme calcique ainsi provoqué, et le déséquilibre neuro-végétatif réalisé dès que l'activité supplétive de l'adrénaline devient insuffisante. Enfin, cette technique permettrait de provoquer pour la première fois chez le lapin l'apparition de lésions considérées jusqu'à présent comme l'apanage des estomacs humains.

TRAITEMENT DE L'ANAPHYLAXIE
et du CHOC HÉMOCLASIQUE

PEPTONAL REMY

Peptone de viande fraîche totale inaltérable

Cette Peptone déclanche et exalte seule la fonction protéopexique du Foie

MIGRAINE, URTICAIRE, ASTHME, INTOXICATIONS ALIMENTAIRES
TRAITEMENT PRÉVENTIF & CURATIF DE LA CRISE HÉMOCLASIQUE

2 formes { Comprimés : 2 comprimés. . . . . . . / Granulé : 1 à 2 cuillerées à café. . . . . } une heure avant chaque repas

NOUVELLE MÉDICATION CHOLAGOGUE
ANTIANAPHYLACTIQUE POLYVALENTE

POLYPEPTONAL

Peptonates polyvalents de Magnésie
Associés à des Digestats
chlorhydropepsiques de FOIE TOTAL
et d'ALBUMINES végétales

TROUBLES ANAPHYLACTIQUES ET DIGESTIFS :

MIGRAINES -- URTICAIRE -- ASTHME
ECZÉMAS -- PRURITS

TROUBLES HEPATOBILIAIRES :

CONGESTION DU FOIE -- ATONIE VÉSICULAIRE -- INSUFFISANCE HÉPATO-BILIAIRE -- INFECTIONS CHRONIQUES DES VOIES BILIAIRES

2 formes { Granulé : 1 à 2 cuillerées à bouche, dissous ou non dans l'eau. . / Comprimés : 1 à 5 comprimés . . . . } une 1/2 heure avant le repas



LABORATOIRES DURET & REMY ET DU Dr PIERRE ROLLAND, RÉUNIS
15, RUE DES CHAMPS — ASNIÈRES (Seine)



REVUE DES JOURNAUX

PARIS MÉDICAL

P. Mauriac, R. Saric et G. Dumon. ***La cure de légumes verts et son mode d'action dans le traitement du diabète*** (*Paris Médical*, t. 28, n° 27, 2 Juillet 1938, p. 9-16). — Sur 15 malades soumis d'abord à un régime type, comportant 90 *g.* d'hydrates de carbone, 150 *g.* de graisses et 150 *g.* de protéines, lorsque la glycosurie est devenue à peu près constante, on a substitué un régime composé en majeure partie de légumes verts, puisqu'il ne comprend, en outre, qu'un œuf et 40 *g.* de fromage. D'une façon générale, les résultats confirment les constatations antérieures. cependant l'amélioration de la tolérance aux H. de C. a été irrégulière.

Dans les formes légères sans insuline (4 cas), la glycosurie disparaît rapidement, la glycémie baisse et se trouve aux environs de la normale au huitième jour; lorsqu'on reprend le régime, la glycosurie ne reparaît pas, ou très peu. Dans deux cas de forme de moyenne intensité sans insuline, le résultat a été analogue; dans deux formes graves, l'échec a été complet.

Chez les malades traités par l'insuline, trois fois, même en supprimant l'insuline, la glycosurie et la glycémie baissent, après 2 ou 3 jours, et le malade peut reprendre son régime antérieur avec une dose moindre d'insuline. En diminuant l'insuline (2 cas), on arrive au même résultat. L'amélioration de la tolérance hydro-carbonée provoquée par la cure de légumes verts a persisté.

L'augmentation de la tolérance aux H. de C. varie suivant les cas. Sa persistance après l'arrêt de la cure permet de penser que celle-ci a déterminé chez le diabétique des modifications organiques.

Pour expliquer le mécanisme d'action de ce régime, M., S. et D. soumettent à la critique les différentes hypothèses possibles. Ils ont constaté que 7 fois sur 8, la cure de légumes verts n'a eu qu'une influence minime sur la réserve alcaline, une seule fois elle passa de 30 à 53 volumes. Elle abaisse très nettement la glycémie basale. Elle tempère la dénivellation glycémique qui se produit en général à partir de 5 à 6 heures du matin.

La diminution du glucose introduit, la quantité importante de vitamines B, d'insulinoïdes ou de sécrétines végétales interviennent-elles ? La pauvreté du régime en graisses joue probablement un rôle important, de même que la diminution des albumines.

C'est en évitant le surmenage fonctionnel de l'organisme, et surtout du pancréas endocrine, qu'agirait la cure de légumes verts. Le pancréas ainsi libéré de la surcharge glucidique récupérerait des fonctions sécrétoires plus normales.

Robert Clément.

LE PROGRÈS MÉDICAL (Paris)

A. Rochaix et J. Delbos. ***L'épizootie de fièvre aphteuse bovine actuelle. Y a-t-il eu des cas de transmission à l'homme ? Les modalités cliniques de la fièvre aphteuse chez l'homme*** (*Le Progrès médical*, t. 66, n° 27, 2 Juillet 1938, p. 965-967). — Les médecins et vétérinaires qui soutiennent que la fièvre aphteuse n'est pas transmissible de l'animal à l'homme se basent sur des arguments d'ordre expérimental : on n'a pas encore réussi à transmettre la fièvre aphteuse à l'animal en partant des lésions observées chez l'homme. D'autre part, il existe chez l'homme des manifestations pathologiques qui pourraient en imposer pour la fièvre aphteuse, mais qui n'ont rien de commun avec la maladie observée chez l'animal.

En s'en tenant à la simple observation clinique, la contagion directe de l'animal à l'homme paraît assez fréquente, principalement à la campagne, soit par morsure d'un animal malade, soit par souillure d'une petite plaie par des sécrétions aphteuses, soit par le contact de particules virulentes avec la muqueuse buccale. Bien souvent, l'homme s'infecte par l'ingestion du lait d'une vache aphteuse non bouilli ou par celle d'un dérivé du lait, crème fraîche, fromages frais et beurre, ou encore par l'ingestion d'eau polluée par les bêtes malades.

La symptomatologie de la fièvre aphteuse humaine est superposable à celle de l'animal : lésions muqueuses et parfois cutanées, associées à un syndrome gastro-intestinal et à de la fièvre.

La forme muqueuse pure limitée à la stomatite est la plus fréquente. 4 observations, dont 2 de forme bénigne, confirment la réalité de cette affection. Le traitement est purement symptomatique.

Robert Clément.

LE SUD MÉDICAL ET CHIRURGICAL (Marseille)

L. Bazy. ***Le traitement bactériothérapeutique des infections chirurgicales par les extraits solubles de microbes*** (*Le Sud médical et chirurgical*, t. 70, n° 2204, 15 Juin 1938, p. 384-391. — Les extraits dont il s'agit sont obtenus à partir de races diverses de microbes ensemencés sur bouillon peptoné glycériné à 5 p. 100. Après 20 à 30 jours d'étuve, ce qui favorise l'autolyse spontanée des germes, on stérilise les cultures à 100°, puis on les concentre au bain-marie jusqu'à ce qu'elles soient réduites au dixième de leur volume primitif. Les corps microbiens sont ainsi détruits et leurs constituants protéiniques mis en liberté sont dissous dans un liquide sirupeux. Celui-ci est filtré sur papier Chardin et peut se conserver indéfiniment à la glacière. On emploie cette « endococcine brute » diluée dans de l'eau phéniquée à 5 p. 1.000, de façon à lui redonner le volume initial de la culture, c'est-à-dire en ajoutant 9 parties d'eau phéniquée.

On peut préparer des extraits de cet ordre avec tous les germes pyogènes de l'infection chirurgicale. Pratiquement, B. utilise une endococcine combinée qui contient des extraits de staphylocoques, de streptocoques et de colibacilles. D'ailleurs, la spécificité des germes n'est pas absolument nécessaire pour la bactériothérapie.

Les échecs et les dangers des injections de tuberculine chez les tuberculeux ont poussé H. Vallée et B. à essayer l'action paraspécifique de ces extraits de microbes pyogènes dans quelques affections chirurgicales. Quelques résultats intéressants, mais insuffisants, les ont conduits à essayer les extraits solubles d'un bacille paratuberculeux, le bacille de Johne, agent de l'entérite paratuberculeuse des bovidés.

Au cours du traitement bactériothérapique, on observe trois phases : la première injection n'amène aucune réaction au point de l'inoculation, aucune modification appréciable de la lésion traitée ; la seconde et la troisième déterminent une réaction locale et une évolution favorable des phénomènes inflammatoires; à partir de la quatrième ou cinquième piqûre, il ne se produit plus de réaction locale et la lésion ne semble plus influencée. Il est donc inutile de dépasser 4 ou 5 injections d'endococcine.

Si l'effet thérapeutique n'a pas été obtenu après une série d'injections, il peut être recherché dans une seconde, car les produits solubles sont éliminés rapidement.

Robert Clément.

STRASBOURG MEDICAL

L. Dérobert. ***Etude sur l'intoxication par le poivre et ses dérivés (pipérine)*** [*Strasbourg Médical*, t. 98, n° 18, 25 Juin 1938, p. 233-239]. — La pipérine se trouve dans les nombreuses espèces de poivre et aussi dans certaines plantes du genre térébinthacées.

La pipéridine élève la tension artérielle, paralyse la respiration, le pneumogastrique et les terminaisons nerveuses périphériques, sa toxicité varie suivant les animaux; elle est de l'ordre de 5 *cg.* par kilogramme.

L'action de la pipérine est beaucoup moins connue. D. s'est livré à des expériences sur l'action du poivre noir et du poivre blanc à l'état naturel, en poudre ou en vapeur et en macérat alcoolique, sur celle de la résine obtenue par le procédé d'Œrstedt, sur celle de la pipérine et du pipéronal.

Les inhalations de poudre de poivre du commerce, soit à l'aide d'un masque à anesthésie, soit par projection de poudre dans un local clos, celles de vapeur de poivre noir chauffé, les injections de macérations hydriques ou alcooliques de poivre, intra-veineuses, ont été faites soit à l'aide d'un masque à anesthésie (lapins), soit en projetant du poivre en poudre dans un local clos (cobayes, lapins, chiens), soit en faisant respirer des vapeurs de poivre dans une cloche (cobayes). Dans une autre série d'expériences, on a utilisé des macérations hydriques et alcooliques de poivre en injections intra-veineuses (lapins), intra-cardiaques (cobayes), intra-musculaires et sous-cutanées (lapins et cobayes), ou encore en inhalations de pulvérisations. A d'autres cobayes, on a injecté dans le cœur une solution de résine de poivre. La pipérine a été administrée en injections intra-musculaires de solutions ou en inhalations de vapeurs; le pipéronal en inhalations de vapeurs.

Quel que soit le mode d'introduction ou l'animal en expérimentation, le poivre agit par la présence de la pipérine (amide pipéridique de l'acide pipérique). Elle produit une accélération très violente des mouvements respiratoires qui fait place à un ralentissement avec exagération de l'amplitude; une paralysie des membres postérieurs avec anesthésie totale; de la salivation inconstante, des mouvements convulsifs, de la somnolence et, enfin, la mort par arrêt respiratoire.

Localement, le poivre provoque la rubéfaction de la peau. Dans l'intoxication par la pipérine, il y a des hémorragies viscérales multiples et, après inhalation, il y a un envahissement des alvéoles par des leucocytes, dont un nombre important sont des éosinophiles.

Robert Clément.

ANESTHÉSIE ET ANALGÉSIE
(Paris)

L. Dautrebande (Liége). ***Quelques acquisitions récentes dans le domaine de l'anesthésie*** (*Anesthésie et Analgésie*, t. 4, n° 3, Juin 1938, p. 293-338). — D. s'étonne que, devant les avantages de l'anesthésie par gaz et les inconvénients de l'anesthésie rachidienne ou de l'anesthésie par l'éther, et surtout par le chloroforme, la narcose par les gaz (protoxyde d'azote, éthylène ou cyclopropane) n'ait pas plus d'adeptes dans nos pays.

La difficulté technique est très diminuée depuis que les appareils modernes à circuit fermé ont adopté le dispositif de Waters (absorption du CO^2 de l'air expiré).

L'anesthésie par gaz, qui ne doit être menée ni par une infirmière, ni par un élève, nécessite un certain nombre de connaissances physiologiques et les statistiques récentes démontrent la bénignité des anesthésies par gaz données par des spécialistes compétents.

Il faut que le chloroforme disparaisse, l'éther ne doit plus être donné qu'à titre exceptionnel.

La période post-opératoire tirera profit des observations récentes concernant l'anhydride carbonique et l'oxygène faites par les physiologistes et les cliniciens.

Avant tout, il importe de développer les cours théoriques et pratiques d'anesthésie pour former des spécialistes, créer un mouvement permanent de recherches et informer le corps médical des améliorations techniques apportées dans ce domaine.

G. Jacquot.

L. Michon et **Ph. Frieh** (Lyon). ***Technique de l'anesthésie du ganglion étoilé (infiltration stellaire)*** [*Anesthésie et Analgésie*, t. 4, n° 3, Juin 1938, p. 339-360]. — L'article de technique de M. et F. est une revue générale des différentes voies d'abord pour l'anesthésie du ganglion étoilé et de la chaîne cervico-thoracique supérieure : voie antérieure de Leriche et Fontaine, voie externe de Goinard, voie postérieure de Wertheimer et Trillat et voie supérieure de Leriche et Arnulf.

Quelle que soit la méthode choisie, il ne faut pas considérer l'infiltration stellaire comme un acte de petite chirurgie à pratiquer sans précaution, au lit du malade; c'est un acte chirurgical vrai.

Chaque voie d'infiltration répond à des nécessités particulières : la postérieure sera réservée, par exemple, au sujet dyspnéique que l'on ne peut étendre ou à l'asthmatique dont le dôme pleural volumineux risque d'être atteint par la voie sus-claviculaire; avec de la prudence, on évitera la plèvre.

Lorsqu'un malade déjà stellectomisé a besoin que l'on complète les effets obtenus, la voie postérieure de Wertheimer et Trillat est indiquée. L'angineux maigre bénéficiera de la voie antérieure, enfin les troubles physio-pathologiques du membre supérieur sont justiciables de l'infiltration de la chaîne cervico-thoracique, pratiquée par voie supéro-externe.

G. Jacquot.

ANNALES D'OTO-LARYNGOLOGIE
(Paris)

D. Van Caneghem. ***Le cholestéatome du conduit et la pathogénie du syndrome : cholestéatome du conduit et toux trachéale*** (*Les Annales d'oto-laryngologie*, n° 5, Mai 1938, p. 399-416). — Le cholestéatome du conduit n'est pas un cholestéatome de l'oreille moyenne propagé au conduit. C'est une production autochtone née dans la profondeur du conduit. Il résulte d'un processus d'hyperkératose avec desquamation secondaire, conditionnée par une infiltration interstitielle.

Cette infiltration provient du rhino-pharynx et plus particulièrement de la fossette de Rosenmüller; elle se propage de là au fond du conduit non par la lumière tubaire (voie canaliculaire) mais par la paroi du conduit (voie pariétale). Elle peut résulter d'une infection primaire de la fossette de Rosenmüller, mais, dans l'immense majorité des cas, celle-ci est elle-même non pas primaire mais secondaire à une sinusite.

La toux concomitante n'est pas une toux réflexe partie du conduit auditif externe ou du nez, mais c'est une toux de barrage par laquelle l'organisme cherche à lutter contre la pénétration des sécrétions septiques dans les voies respiratoires inférieures.

Au point de vue pratique, dans tous les cas de cholestéatome du conduit, l'intervention thérapeutique ne peut pas se borner à enlever et à guérir le cholestéatome, mais elle doit rechercher la cause de sa production : dans l'immense majorité des cas, une sinusite de l'enfance ou datant de l'enfance, qu'elle doit chercher à guérir.

J. Leroux-Robert.

H. Proby. ***Les rapports de la maladie de Mikulicz avec les diverses formes de parotidite subaiguë ou chronique*** (*Les Annales d'oto-laryngologie*, n° 6, Juin 1938, p. 524-528). — Il existe un lien étroit entre les parotidites simples et la maladie de Mikulicz. Le syndrome parotidien d'inflammation chronique, s'il revêt des formes très diverses, n'est que l'expression d'une réaction histopathologique de la glande dont l'étiologie est le plus souvent due à des lésions locales dont la virulence s'exalte si l'organisme fléchit. Toutes les inflammations chroniques des glandes salivaires, aussi bien la maladie de Mikulicz que les parotidites, se manifestent par les mêmes réactions tissulaires : infiltration de cellules rondes avec parfois des follicules lymphoïdes typiques, qui débutent autour des canaux excréteurs. Lorsque les lésions persistent on voit apparaître une véritable cirrhose de la glande. Les éléments embryonnaires se transforment en tissu conjonctif enserrant les amas glandulaires qui perdent toute vitalité. La sclérose est donc l'expression terminale de l'inflammation glandulaire.

Comme facteur local d'infection les lésions dentaires jouent un rôle primordial. Parotide et sous-maxillaire peuvent être atteintes séparément. La parotide paraît cependant réagir particulièrement et la forme scléreuse presque d'emblée est là plus fréquente. Quant aux facteurs généraux d'infection, ils restent discutables, qu'il s'agisse de la syphilis ou de la tuberculose. De même en est-il du rôle des glandes endocrines et du sympathique. Ces facteurs généraux n'entrent en jeu qu'en favorisant l'infection microbienne d'origine bucco-dentaire par diminution de la sécrétion salivaire. Cette théorie explique la localisation bilatérale habituelle des parotidites, de la maladie de Mikulicz et des formes atténuées comme le syndrome physiologique de Frenkel. Les localisations unilatérales ou uniglandulaires ne correspondent qu'à une question de prédominance de l'infection locale et de virulence microbienne.

Cette conception a l'intérêt d'orienter le traitement des lésions parotidiennes ou du syndrome de Mikulicz sur des bases précises : modification du terrain lymphatique et ablation des causes d'infection locale (dents et amygdales).

J. Leroux-Robert.

ARCHIVES DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF ET DES MALADIES DE LA NUTRITION
(Paris)

P. Chêne et **M. Ramadout.** ***Le volvulus de l'estomac*** (*Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition*, t. 28, n° 5, Mai 1938, p. 433-467). — Le volvulus de l'estomac est une torsion de cet organe qui place sa face postérieure en avant, qu'il s'agisse d'une torsion sur axe organo-axial de Payer ou d'une torsion sur axe transversal, ou mésentérico-axial de Kocher.

C. et R. ont retrouvé 70 cas de volvulus, mais n'en ont retenu que 35.

L'examen radiologique est un élément important du diagnostic, mais souvent d'interprétation difficile.

Le volvulus total aigu ne permet pas d'examen radiologique; il se traduit par des efforts de vomissements sans résultat, un ballonnement limité à la région épigastrique, l'impossibilité d'introduire une sonde dans l'estomac. Il y a en même temps douleur, arrêt des matières et de gaz et altération de l'état général. Dans le volvulus chronique, les signes sont vagues et l'examen radiologique est indispensable. Parfois le volvulus est intermittent, caractérisé par des crises très violentes récidivantes.

Dans la variété segmentaire, le volvulus peut, à la radio, donner une image en marche d'escalier.

C'est encore dans le volvulus segmentaire qu'on peut observer la déformation décrite par Mathieu comme estomac phalloïde ou estomac obscène, ou encore l'estomac en escargot. Dans le volvulus transversal, il n'y a pas d'oblitération des orifices, l'estomac se remplit mais les orifices sont inversés, ce qui permet le diagnostic.

Dans l'étiologie du volvulus longitudinal, il faut relever la ptose, l'aéroïléie, l'aérocolie ; dans les volvulus fixés, on trouve l'ulcère et le cancer, la syphilis.

Le volvulus sur axe transversal, quand il est fixé, appartient à l'évolution d'une périgastrite; quand il est libre, on a incriminé la phrénicectomie et la pneumatose intestinale.

Parmi les causes accessoires on note les repas copieux, l'état puerpéral, les déplacements d'organes, les traumatismes et les malformations.

Les volvulus chroniques ou intermittents sont justiciables d'un traitement médical.

S'il devient intolérable, et s'il est aigu, il faut intervenir, bien que ces opérations soient assez décevantes et comportent des risques assez graves.

J. Okinczyc.

H. Muller (Suisse). ***La vitamine B_1 dans la ration alimentaire et la question du pain*** (*Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition*, t. 28, n° 5, Mai 1938, p. 475-494). — Si dans nos pays les carences en vitamines A, C et D sont avérées, par contre l'apport de vitamines B_1 paraît suffisant : le béri-béri est très rare chez nous.

D'après le rapport de Burnet-Aykroyd, 300 unités internationales ou 550 microgrammes de vitamines B_1 sont nécessaires par jour pour préserver du béri-béri un homme de 70 kg. dépensant 3.000 calories. Or, si la vitamine B_1 est très répandue dans la nature, elle ne se trouve en tout cas dans aucun aliment en concentration élevée. Les régimes diététiques en particulier atteignent à peine le minimum.

Des vitamines sont détruites par la cuisson ; nous détruisons dans la fabrication du pain et du sucre des éléments essentiels tels que le germe de blé. Il faut donc élever le taux d'extraction de la farine en récupérant le germe. L'adoption de ce type de pain est un premier pas dans cette réforme essentielle.

J. Okinczyc.

R. M. Tecon (Lausanne). ***Les hyperbilirubinémies héréditaires. La cholémie familiale et l'ictère hémolytique*** (*Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition*, t. 28, n° 6, Juin 1938, p. 567-589). — Parmi les unicistes et les dualistes en ce qui concerne la nature et l'origine de la cholémie familiale et de

l'ictère hémolytique, T. se range délibérément parmi les dualistes.

Son principal argument est la fixité de chacune des affections, un cholémique ne devenant jamais hémolytique, et réciproquement un ictérique hémolytique restera toujours ictérique hémolytique.

Ceci permet un pronostic différentiel; favorable dans la cholémie, très réservé dans l'ictère hémolytique et le traitement, médical dans le premier cas, peut-être chirurgical dans le second.

J. Okinczyc.

ARCHIVES DES MALADIES PROFESSIONNELLES (Paris)

E. Rist. ***La pathologie des professions intellectuelles*** (*Archives des maladies professionnelles*, t. 1, n° 2, Mai-Juin 1938, p. 89-103). — Le travailleur intellectuel est l'homme qui travaille à l'accoutumée de son cerveau, par opposition avec le travailleur manuel qui travaille de ses mains, ou plus exactement de ses muscles. Cependant on ne doit pas donner à cette définition un caractère absolu, beaucoup de professions exigent l'emploi simultané de la force physique et de l'intelligence.

Ceci étant, le travail intellectuel est-il par lui-même, lorsqu'il est trop intense, une cause de désordres pathologiques? L'auteur ne le croit pas. Ce qui peut intervenir, c'est le facteur moral, émotivité, qui est souvent plus actif chez les intellectuels. Ainsi on a attribué aux influences morales la plus grande fréquence du diabète sucré chez les intellectuels; mais n'est-ce pas plutôt la suralimentation associée à la sédentarité, plus fréquente chez les intellectuels que chez les manuels, qui en est la cause habituelle? Le facteur émotionnel joue vraisemblablement un rôle moins discutable dans la pathogénie des accidents cardio-vasculaires, tout au moins dans les professions exposées aux chocs émotifs violents: financiers, hommes politiques, médecins, etc.

Parmi les affections du système nerveux, R. prend comme exemple la paralysie générale et le tabès qu'on disait autrefois très fréquents chez les intellectuels; mais c'est, semble-t-il, une opinion excessive, car on les observe aussi et fréquemment chez les manuels. L'auteur discute de même les affections des yeux et de l'ouïe, les laryngites, la crampe des écrivains et il ne voit pas qu'il soit habituel de les lier au travail intellectuel. Cependant on ne peut douter que certaines professions dites intellectuelles comportent des risques supplémentaires; le médecin, par exemple, lorsqu'il soigne des maladies contagieuses ou quand il manipule l'ampoule de Rœntgen ou des substances radio-actives.

Ces cas mis à part, on est bien forcé de conclure que chez les travailleurs intellectuels la pathologie se réduit en somme à peu de chose; elle est limitée aux conséquences évitables d'infractions au bon sens, à l'équilibre, à la modération, à la sobriété, à l'hygiène et aussi à la morale. C'est dans la mesure où les travailleurs du cerveau sont conduits à mener une vie agitée, chargée de préoccupations et de responsabilités morales, qu'ils s'exposent à aggraver certaines affections viscérales ou circulatoires. Le véritable intellectuel doit être le maître de ses passions et même de ses émotions.

André Feil.

E. W. Baader (Berlin). ***L'intoxication par le manganèse*** (*Archives des maladies professionnelles*, t. 1, n° 2, Mai-Juin 1938, p. 104-118). — Après avoir donné quelques renseignements sur le manganèse (extraction, emploi), B. fait l'historique des premières intoxications professionnelles. On n'a publié jusqu'à présent que 130 observations de manganisme, mais de nombreux cas sont certainement méconnus. Bien souvent on décrit la maladie nerveuse sans la rattacher à la profession.

B. étudie d'une façon très complète le manganisme, ses signes essentiels: la rigidité, le tremblement, les déformations de l'écriture, le balbutiement, la monotonie de la parole, l'expression figée de la face interrompue parfois par des mouvements impulsifs du rire et pleurer spasmodiques, tous symptômes qui rappellent le parkinsonisme.

B. qui a beaucoup étudié le manganisme, qui en a observé plusieurs cas, qui a fait des recherches originales sur le sujet, attire l'attention sur l'existence possible d'un Basedow manganique dont l'origine lui paraît devoir être rattachée aux lésions du mésencéphale qui commande le fonctionnement de la glande thyroïde. Il signale de même la coïncidence fréquente de l'érythrocytémie et quelquefois d'une élévation de la température.

B. en a observé deux cas qu'il attribue, comme ceux qu'il a constatés avec d'autres toxiques professionnels, à une irritation des centres bulbaires. Il faut également savoir que de vives douleurs ayant le caractère de crampes musculaires peuvent apparaître chez les sujets atteints de manganisme.

En dehors des troubles portant sur le système nerveux central, il faut mentionner l'atteinte possible quoique rare du foie (cirrhose monolobulaire) et beaucoup plus fréquemment la pneumonie, pneumonie souvent mortelle, qui résulte de l'inhalation des poussières de peroxyde de manganèse. Cette pneumonie manganique rappelle la pneumonie par les scories basiques; elle paraît être due moins à l'irritation mécanique qu'à une irritation chimique produite par les poussières de manganèse.

La déclaration et l'indemnisation sont obligatoires en Allemagne, Grande-Bretagne, Italie et Tchécoslovaquie. La moyenne des rentes est évaluée entre 80 et 100 pour 100.

André Feil.

LE SANG (Paris)

R. Martinet (Bellinzone, Suisse). ***La longévité de l'hématie normale et la survie de l'hématie transfusée*** (*Le Sang*, t. 12, n° 1, 1938, p. 15-25). — M. donne une technique « qualitative » permettant de séparer, chez un transfusé, ses hématies propres et celles qui ont été injectées. Elle est fondée sur l'action des sérums agglutinants et paraît plus pratique que la méthode quantitative d'Ashby, qui a été critiquée, mais dont elle semble confirmer en partie les résultats. Les hématies transfusées semblent pouvoir survivre plus de deux mois. Les variations de survie « *in vivo* » ne permettent pas d'affirmer l'existence d'iso-hémolysines anti M ou anti N.

A. Escalier.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (Berlin)

B. Koschucharoff. ***Infection du système nerveux central en cas de lymphogranulome inguinal*** (*Klinische Wochenschrift*, t. 17, n° 25, 18 Juin 1938, p. 876-878). — Les recherches poursuivies relativement au lymphogranulome inguinal ont montré que l'agent de cette maladie peut être transmis à certains animaux, qu'il s'agit d'un virus filtrable et que l'organisme infecté présente des réactions spécifiques. D'un autre côté, on a observé parfois qu'à côté des processus locaux il survient des phénomènes généraux comme une température irrégulière, de l'amaigrissement, de la céphalée, des altérations du sang, des symptômes rhumatismaux, des éruptions cutanées, etc., témoignant d'un semis hématogène du virus. Il est cependant rare qu'on ait constaté des phénomènes de méningo-encéphalite. Chez les souris, cependant, vraisemblablement aussi chez d'autres animaux de laboratoire, on a établi que le cerveau peut contenir du virus. Cependant, chez l'homme, le liquide céphalo-rachidien ne présente pour certains auteurs aucune altération pathologique. D'autres, au contraire, ont constaté une augmentation de la pression intracranienne et inoculé avec succès à des souris, par injection intra-cérébrale, le liquide rachidien recueilli chez des malades.

K. a eu l'occasion de procéder à l'examen du liquide céphalo-rachidien de 11 sujets atteints de lymphogranulome inguinal. Ce liquide, recueilli par ponctions sous-occipitales, fut inoculé soit par voie intracranienne à des souris, soit par voie sous-cutanée à des cobayes. Cette inoculation provoqua à deux reprises chez les souris des symptômes pathologiques suspects. Mais un deuxième passage chez la souris n'a donné aucune conséquence anormale. Le pouvoir antigénique de ce liquide céphalo-rachidien préalablement chauffé n'a donné qu'une seule fois un résultat positif douteux. Enfin, la teneur de ce liquide en cellules et ses réactions colloïdales ont été constamment normales sauf dans un cas où les lymphocytes étaient nombreux. Ce cas était précisément celui qui avait provoqué des phénomènes pathologiques chez les souris.

P.-E. Morhardt.

W. Weslaw, B. Wronsky, A. Wroblewski et **B Wroglewski.** ***Symptomatologie et évolution, chez les rats, de l'hypervitaminose A consécutive à l'administration entérale, sous-cutanée et percutanée d'une préparation concentrée de vitamine A. Deuxième communication. Administration percutanée de vitamine A*** (*Klinische Wochenscrift*, t. 17, n° 25, 18 Juin 1938, p. 879-885). — On n'a pas encore essayé de déterminer l'hypervitaminose A par administration percutanée. W. et ses collaborateurs ont procédé à des expériences en ce sens chez les rats et ils sont arrivés ainsi, par onction d'une quantité plus ou moins grande de préparation, à déterminer assez rapidement un mauvais état général; au bout de 8 à 10 jours de traitement, les poils ont commencé à tomber abondamment en même temps que la peau desquamait par grands lambeaux. Les animaux d'expérience ont présenté également des fractures spontanées et du priapisme. Des onctions pratiquées chez un hérisson ont également déterminé la chute des piquants.

Au point de vue anatomo-pathologique, les constatations faites ont été identiques quel que soit le mode d'administration. Au total, l'ensemble de ces expériences qui ont porté sur 110 animaux a montré que l'administration en excès de vitamine A a une influence toxique générale (amaigrissement) et détermine des modifications de la peau (chute des poils), des altérations du système osseux (fragilité osseuse) et enfin, chez les mâles, du priapisme.

D'autre part, il a été constaté que, par voie percutanée, la vitamine A est beaucoup plus toxique que *per os*. Un animal supportera par exemple 3 millions d'unités *per os* pendant 60 jours alors qu'un autre sera tué en 22 jours par des onctions de 900.000 unités. Dans l'ensemble, l'administration *per os* est deux fois à deux fois et demie moins active que les onctions. En outre, les altérations cutanées sont dues non pas à l'action locale mais à l'action générale de la vitamine A. L'administration sous-cutanée ne provoque pas la desquamation de grands lambeaux comme les autres méthodes.

Le priapisme qui a été régulièrement constaté doit être rapproché des érections parfois observées au cours de l'avitaminose C. Il s'agit peut-être d'une excitation hormonale qui n'a rien de spécifique sur le système nerveux.

P.-E. Morhardt.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Vienne)

Bernhardt. *Hormonothérapie en gynécologie* (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. 88, n° 16, 16 Avril 1938, p. 435-440). — B. fait d'abord l'historique des découvertes portant sur les hormones génitales, découvertes qui ont permis l'utilisation de ces hormones dans la thérapeutique. Puis il expose les méthodes de traitement adoptées à la Clinique gynécologique de Vienne : 1° dans les cas d'aménorrhée secondaire, les meilleurs résultats sont obtenus de la façon suivante : administration de 200.000 U. I. d'hormone folliculaire, par voie intra-musculaire, en l'espace de 14 jours, puis pendant les 10 jours suivants de 4 unités-lapin quotidiennes d'hormone lutéinique à laquelle on associe tous les 2 jours 5.000 unités de folliculine. Il est bon de se baser sur la date de la dernière menstruation pour situer le traitement dans la période séparant la date présumée des règles. On obtient ainsi souvent la réapparition des règles, et de moindres doses sont suffisantes pour consolider le résultat : 1.000 unités de folliculine tous les 2 jours, par voie intra-vaginale, pendant la période intermenstruelle.

Dans l'aménorrhée primitive, même traitement auquel on adjoint la diathermie; mais les résultats obtenus ne se maintiennent généralement pas si on cesse le traitement: de même, si l'on substitue à la folliculine l'hormone du lobe antérieur d'hypophyse, dont 2.400 U. R. environ semblent nécessaires pour faire apparaître une menstruation. Des plus incertains sont également les résultats du traitement de l'hypoménorrhée malgré l'emploi de doses de 50 à 100.000 unités de folliculine dans la première quinzaine de l'espace intermenstruel.

Beaucoup plus satisfaisant est le traitement des ménorragies, même s'il y a un facteur inflammatoire de l'utérus ou des annexes à son origine : l'injection quotidienne intra-musculaire de 1.000 U. I. de folliculine pendant tout l'espace intermenstruel a une action préventive excellente; le mois suivant, on peut faire l'injection tous les 2 jours. D'autres auteurs conseillent le prolan à la dose de 2.400 U. R. vers le 12e ou 13e jour du cycle.

B. traite également par des doses massives de folliculine la *polyménorrhée* (par raccourcissement de la phase lutéinique): 300.000 U. I. en 5 ou 6 fois dans les 15 premiers jours du cycle, pour activer la production hypophysaire d'hormone lutéinisante ; l'*oligoménorrhée :* 10.000 U. I. quotidiennes, jusqu'à une dose totale de 100.000 U. quand le retard ne dépasse pas 2 semaines, de 200.000 U. quand le retard excède 2 semaines; la *dysménorrhée* qui est influencée heureusement et de façon durable : B. donne alors soit 2 cm^3 d'agomensine pendant quelques jours avant les règles, soit pendant les 10 jours qui précèdent les règles; dans les cas plus sévères, 1.000 U. I. quotidiennes.

Enfin B. signale les bons résultats donnés par la folliculine dans les troubles de la ménopause, par le corps jaune dans les ménorragies des jeunes filles et l'avortement à répétition, ainsi que diverses autres utilisations connues des hormones génitales.

Basch.

Havas. *Les poumons, siège le plus fréquent des foyers rhumatismaux primitifs* (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. 88, n° 16, 16 Avril 1938, p. 440-444). — En s'appuyant sur un certain nombre d'observations dont la sienne propre, H. tente de démontrer la fréquence de l'origine pulmonaire du rhumatisme, le foyer initial étant le plus souvent de nature tuberculeuse : 67 pour 100 des rhumatisants suivis par lui depuis 1929 étaient des tousseurs habituels, ayant présenté dans leur jeunesse un épisode pulmonaire ou pleural plus ou moins caractérisé, un asthme bronchique plus ou moins prolongé. Dans de nombreux cas de polyarthrite chronique, évoluant chez des sujets chez lesquels toute origine dentaire ou amygdalienne peut être éliminée, on voit les poussées d'arthrite coïncider avec des épisodes bronchiques ou grippaux.

Dans l'ensemble, il s'agit plutôt de sujets d'un certain âge, vigoureux, présentant des formes sévères, le rhumatisme léger d'origine dentaire ou amygdalienne s'observant plutôt chez de jeunes sujets débiles. Tout se passe comme si, chez les malades aisés dont la bacillose a été précocement reconnue et traitée, les lésions rhumatismales se substituaient aux lésions pulmonaires.

En ce qui concerne le mécanisme de la localisation articulaire, H. admet la conception suivant laquelle des modifications d'allergie locale favoriseraient, au niveau de certains tissus devenus réceptifs, la migration soit du B. K. lui-même, soit plus souvent des microbes banaux de l'infection secondaire des processus pulmonaires ulcéreux.

Basch.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Vienne)

Strefler. *L'encéphalomyélite post-vaccinale en Autriche de 1930 à 1937* (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. 51, n° 15, 15 Avril 1938, p. 425-427). — Des 62 cas observés, la moitié était constituée par des enfants de 7 à 8 ans, qui étaient également les plus gravement atteints (50 pour 100 des cas mortels); 8 des malades étaient des revaccinés. La durée de l'incubation était en moyenne de 8 à 12 jours; le tableau clinique des plus variables suivant la localisation prédominante du virus sur le système nerveux spinal ou cérébral: S. insiste sur la somnolence du début, et sur le caractère des paralysies: généralement flasques avec signe de Babinski positif, conservation relative des mouvements actifs, sans atrophie consécutive, et suivies d'une régression totale et rapide. Parmi les symptômes observés, signalons des troubles vésicaux dans les formes spinales, des convulsions et du trismus dans les formes mortelles; rarement s'observent des paralysies des nerfs craniens (sauf un ptosis), des troubles de la sensibilité objective et des formes névritiques. Dans le liquide céphalo-rachidien se retrouve parfois une lymphocytose légère et une réaction de Pandy faiblement positive.

La durée de la maladie n'a jamais excédé 14 jours.

Si le nombre d'encéphalomyélites post-vaccinales observé est petit par rapport au nombre de vaccinés, la gravité de la maladie est grande: 45 pour 100 de décès dans la statistique de S. comportant les cas abortifs. Par contre, les cas non mortels laissent rarement des séquelles (troubles vésicaux, parésies légères...).

La maladie a atteint son apogée en Autriche en 1934, et, actuellement, comme dans les autres pays, les cas sont de plus en plus rares.

Basch.

Möschl. *Symptomatologie et pathogénie de l'intoxication par les graines de ricin* (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. 51, n° 17, 29 Avril 1938, p. 473-475). — M. relate la curieuse observation suivante: un ouvrier travaillant chez un meunier absorba en triant des graines de froment 10 à 15 graines inconnues de lui; 4 ou 5 heures plus tard il fut conduit à l'hôpital, présentant le tableau d'une intoxication cholériforme: diarrhée profuse, vomissements, accès de crampes toniques et cloniques des membres supérieurs et inférieurs, durant quelques secondes, et dans l'intervalle desquels toute la musculature était en contracture, anurie. Bien qu'une partie du poison (l'examen des graines montra qu'il s'agissait de ricin) ait été éliminée spontanément et par lavage d'estomac, et malgré un traitement actif, le malade ne put sortir de l'hôpital qu'au bout de 13 jours, ayant maigri de 11 kg. pendant les trois premiers jours de la maladie.

On retrouva 3 camarades du malade dont 2 avaient absorbé une ou deux graines et n'avaient présenté aucun symptôme anormal, mais le troisième, ayant avalé 5 graines, avait eu une gastro-entérite aiguë qui guérit spontanément.

M. insiste sur les particularités de l'examen hématologique : en plus d'une hyperglobulie par concentration excessive due à la grande déperdition de liquide, existait une leucocytose plus accusée que ne l'expliquait la concentration, et, au moment de l'admission à l'hôpital, une légère augmentation du taux des albumines totales qui fit place à une diminution vers le 5e jour, le taux du fibrinogène augmentant sensiblement, parallèlement à celui de la globuline, la déperdition portant sur les autres albumines. Cet aspect est celui que l'on observe dans « l'inflammation séreuse » (Eppinger). En outre, on constatait dans le sang périphérique la présence de formes globulaires jeunes.

A la lumière de ces observations et d'expériences pratiquées sur des lapins et des chiens, M. interprète l'hyperleucocytose comme un résultat de l'excitation de la moelle osseuse par la toxine, une irritation du système réticulo-endothélial déterminant l'augmentation de fibrinogène.

Basch.

Hauer. *Les ondes courtes dans l'anurie et les états pré-urémiques* (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. 51, n° 21, 27 Mai 1938, p. 585-586). — H. rapporte 2 observations d'anurie consécutive à une intervention chirurgicale sur le rein ou l'uretère, et ayant résisté aux traitements usuels, où l'application d'ondes courtes sembla déclencher la diurèse dès la première séance, pourtant courte (15 minutes) et de très prudente intensité. Une troisième observation concerne une femme de 66 ans, opérée d'une masse annexielle gauche, et présentant une azotémie post-opératoire à 18,50 pour 1.000. Quarante-huit heures après le début du traitement, le taux de l'urée sanguine était tombé à 0 *g*. 77, et 2 jours plus tard à 0 *g*. 42.

Basch.

Heller. *Hypertrichose généralisée au cours d'affections chirurgicales prolongées* (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. 51, n° 23, 10 Juin 1938, p. 633-635). — H. élimine les hypertrichoses localisées banales, après enveloppements, applications de topiques, plâtres, etc., et rapporte 5 observations d'hypertrichose généralisée chez de très jeunes filles ou jeunes femmes, toutes atteintes d'affections fébriles sévères, altérant profondément l'état général et entraînant un séjour au lit de plusieurs mois: pleurésie purulente, fracture de la colonne, appendicite gangréneuse avec suites compliquées. L'hypertrichose prédominait aux faces d'extension des membres, à la nuque et au visage.

Ce phénomène s'accompagnait souvent de troubles menstruels, H. l'attribue à des perturbations du fonctionnement des glandes endocrines.

Basch.

Singer. *La vitamine C dans les affections gastro-duodénales* (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. 51, n° 24, 11 Juin 1938, p. 661-663). — S. a cherché à établir si l'hypovitaminose C, souvent observée chez des malades porteurs d'affections gastro-duodénales, était due au régime ou à une assimilation défectueuse par la muqueuse malade et, dans ce dernier cas, si l'administration de vitamines C avait de bons résultats thérapeutiques.

Ses recherches ont porté sur 25 malades, chez lesquels on mesurait préalablement la quantité quotidienne d'acide ascorbique éliminée dans l'urine

étant admis que la quantité normale est d'environ 25 mg. Les malades furent divisés en 3 catégories :

1° 4 cas sans hypovitaminose (gastrite hyperacide ou ulcère).

2° 14 cas avec hypovitaminose mais encore augmentation de l'acidité (gastrites hyperacides, ulcères).

3° 7 cas avec hypovitaminose ou avitaminose (malades ayant peu ou pas de HCl libre).

Il y avait donc hypovitaminose dans 21 cas sur 25, et c'est chez les anacides que l'élimination urinaire d'acide ascorbique fut trouvée la plus basse (11 mg. en moyenne). Dans ce dernier cas, la flore pathologique de l'intestin grêle exercerait une action destructive sur la vitamine C, ce qui expliquerait la gravité plus grande de l'hypovitaminose.

En ce qui concerne l'action thérapeutique de la vitamine C, elle s'avéra favorable dans tous les cas, administrée moitié par voie veineuse (action rapide), moitié *per os* (action lente mais durable); les résultats ne se font sentir que lorsque la dose absorbée dépasse la dose nécessaire pour que la quantité d'acide ascorbique éliminée dépasse la normale, témoignant d'une sursaturation; celle-ci est obtenue avec de petites doses (300 mg. chez les hyperacides), de grosses doses seulement (2.100 mg. au moins) chez les hypoacides. Il est à noter que même les sujets sans hypovitaminoses, mais réfractaires aux thérapeutiques usuelles, bénéficient du traitement. On assiste à une reprise rapide de l'appétit et à une augmentation de poids de 1 à 2 kg. en 1 semaine.

Basch.

ZEITSCHRIFT für TUBERKULOSE (Leipzig)

Koch. *Contribution à l'étude du traitement des cavernes ouvertes et fermées : observations anatomo-pathologiques* (*Zeitschrift für Tuberkulose*, t. **80**, n° 1, 1938, p. 1-20). — K. rapporte 5 observations de tuberculose cavitaire: dans les deux premiers cas, il s'agit de sujets chez lesquels une caverne, traitée par pneumothorax et section de bride, finit par s'ouvrir dans la plèvre, déterminant un empyème; chez ces deux malades, après exitus, les constatations anatomo-pathologiques montrèrent que l'ouverture de la caverne semblait avoir entraîné une guérison anatomique de celle-ci. K. rapproche ces faits des observations de Kleesattel, qui insiste sur l'importance du drainage dans le traitement des cavernes ouvertes.

Dans les 3 autres cas, des conditions absolument opposées amènent à des constatations anatomo-pathologiques semblables: il s'agit, au contraire, de cavernes anatomiquement guéries par suppression du drainage bronchique.

Quels sont les facteurs qui peuvent être à l'origine de ce processus de cicatrisation ? Dans le cas d'obstruction des voies aériennes mettant la caverne en communication avec l'extérieur, K. invoque d'abord le manque d'oxygène qui, d'une part, favorise la fibrose, et, d'autre part, met le B. K. dans de mauvaises conditions de développement; puis l'atélectasie dont on connaît l'influence favorable.

Dans les deux premières observations, on constatait autour de la caverne des réactions tissulaires telles que celles qui se produisent dans des états inflammatoires non tuberculeux, et K. se pose la question du rôle des infections secondaires.

Basch.

Bottner. *Etude critique de la tomographie pulmonaire étayée sur un cas contrôlé à l'autopsie* (*Zeitschrift für Tuberculose*, t. **80**, n° 3, 1938, p. 156-158). — B. relate un cas où la méthode tomographique employée comme contrôle a amené à un diagnostic erroné; il s'agit d'un malade chez lequel la radiographie montrait une ombre dense de la partie supérieure du poumon droit, avec une zone claire allongée, mal limitée. L'interprétation fut celle d'un épaississement pleural avec un processus cavitaire sous-jacent, et la tomographie confirma le diagnostic de cavernes multiples du lobe supérieur droit en donnant une image alvéolaire.

Le malade ayant succombé d'accidents cardiaques post-opératoires, on put pratiquer une vérification et on eut la surprise de constater l'existence d'une tuberculose fibreuse du lobe supérieur droit avec une seule petite cavité centrale pas plus grosse qu'un œuf de pigeon.

Sans vouloir dénier les avantages de la méthode tomographique, B. estime utile de faire connaître les difficultés d'interprétation de certaines images, en particulier l'aspect pseudo-cavitaire que peut prendre le parenchyme pulmonaire par contraste avec certaines ombres pleurales irrégulières.

Basch.

FORTSCHRITTE AUF DEM GEBIETE DER RŒNTGENSTRAHLEN (Leipzig et Dresde)

A. Gross. *Ossification nodulaire dans le poumon de stase des cardiopathies chroniques* (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, t. 57, Juillet 1938, p. 33-39). — La littérature concernant les ossifications nodulaires qui se voient lors des troubles d'insuffisance cardiaque est assez pauvre puisqu'à ce jour l'on en relève seulement 4 cas constatés radiologiquement au cours de sténoses mitrales; Gross apporte 4 cas nouveaux personnels.

1° Homme de 29 ans, manœuvre; 2° Homme de 30 ans, travailleur dans une usine de chaussures; 3° Homme de 34 ans; 4° Homme de 34 ans, mécanicien, dont les observations cliniques sont rapidement résumées.

Il s'agit là de manifestations survenant, au cours d'affections cardiaques chroniques, chez des individus jeunes plus particulièrement, et apparemment d'origine conjonctive associée à des effusions alvéolaires; il ne semble pas que l'action extérieure joue un rôle dans leur évolution.

Ces ossifications, dont la densité est semblable à celle de l'os, sont de dimensions variables, d'une tête d'épingle à une lentille, de forme irrégulière, différemment granuleuses, et, quand elles sont volumineuses, à disposition trabéculée.

Morel Kahn.

H. Morr. *Contribution à l'étude de l'aspect radiologique de la pleurésie diaphragmatique enkystée gauche* (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, t. 57, Juillet 1938, p. 66-76). Daniello, dans les *Fortschritte* (56, n° 4), a exposé que des opacités se manifestant entre le bord inférieur du poumon et la face supérieure du diaphragme devaient être considérées comme des pleurésies diaphragmatiques enkystées; il s'appuyait pour cela sur le fait que ces opacités, homogènes, étaient limitées à leur partie supérieure par une ligne en forme d'arc falciforme ou semi-lunaire, et que les sinus costo- et cardio-diaphragmatiques étaient respectés.

Morr s'oppose à une telle interprétation; d'après lui, il s'agirait plus communément de phénomènes physiologiques dus à une plus ou moins grande accumulation de gaz gastriques ou coliques dans la région sous-diaphragmatique gauche, ce que met en évidence une série de clichés.

D'après les statistiques, on observe une surélévation de l'ombre du diaphragme gauche de 2 à plus de 10 mm. dans environ 42 pour 100 des examens. Morr fait la critique des 5 observations rapportées par Daniello et considère que pour que l'on puisse parler de pleurésie diaphragmatique enkystée au point de vue radiologique, les conditions suivantes doivent se trouver remplies: 1° L'opacité doit reposer sur la face supérieure du diaphragme et non sur une collection gazeuse sous-diaphragmatique; 2° A l'aide de radiographies en série, il faut pouvoir prouver qu'après aspiration, il existe une diminution des mouvements respiratoires et des dimensions de l'aire opaque qui fait place finalement à de l'air; 3° L'aspect linéaire ne doit pas être considéré seul, et il convient d'y associer toutes les données cliniques permettant de discuter le diagnostic différentiel.

Morel Kahn.

BRUXELLES MÉDICAL

F. Claude (Mont-Dore). ***Le pronostic de l'asthme infantile*** (*Bruxelles Médical*, t. **18**, n° 32, 12 Juin 1938, p. 1054-1056). — Il faut réformer l'opinion commune de la bénignité de l'asthme du jeune enfant. Il n'évolue pas aussi souvent qu'on le pense vers la guérison spontanée à la puberté.

Sur 813 asthmatiques adultes, 153 avaient eu leur première crise avant 15 ans, 61 l'avaient eue avant 6 ans, 36 de 6 à 12 ans, 56 de 12 à 15 ans.

Cette persistance de l'asthme après la puberté affecte aussi bien l'asthme du premier âge que l'asthme du grand enfant. De nombreux asthmatiques qui avaient présenté autrefois le tableau typique de l'asthme du jeune âge, avec apparition des crises après un eczéma du nouveau-né, troubles digestifs et hépatiques, lésions cutanées, hypersensibilités alimentaires, n'ont eu aucune atténuation de leurs crises après la puberté. Cependant, en vieillissant, l'asthme infantile se modifie, les accès sont moins forts et moins longs, mais beaucoup plus fréquents, ils ne sont plus fébriles, les manifestations digestives et hépatiques s'atténuent, les intolérances alimentaires sont remplacées par des hypersensibilités olfactives.

L'asthme infantile n'évolue pas fatalement vers l'emphysème, la sclérose pulmonaire et la bronchite chronique, mais c'est une éventualité dont il y a lieu de tenir compte. Par contre, il faut toujours craindre, lorsque l'asthme apparaît dans les premières années, que les accès n'amènent des déformations définitives du squelette.

L'asthme de la seconde enfance, qui survient entre 6 et 11 ans, est souvent la conséquence d'une infection respiratoire aiguë, ou bien se greffe sur des lésions de sclérose pulmonaire. Il a tendance à passer à la chronicité.

Lorsque l'asthme apparaît peu avant ou en même temps que la puberté, la guérison spontanée est exceptionnelle.

Ce qui est fréquent, c'est une suspension parfois fort longue des crises.

Le pronostic immédiat de la crise d'asthme est analogue à celui de l'adulte, la mort au cours de l'accès est exceptionnelle; elle survient par défaillance du cœur ou par asphyxie du fait de l'obstruction des bronches.

Robert Clément.

THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES (Philadelphie)

S. Petri, F. Norgaard et J. Bing (Copenhague). ***Modifications pathologiques produites par la gastrectomie chez les jeunes porcs*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. **195**, n° 6, Juin 1938, p. 717-722). — La gastrectomie pratiquée chez 6 porcelets, âgés de 6 semaines, détermina une série de manifestations graves et de modifications anatomo-pathologiques qui pourraient être interprétées comme le pendant des troubles constatés dans la pellagre humaine.

Les manifestations les plus frappantes de cet état sont l'arrêt de la croissance, l'anémie hypochrome microcytique, les modifications étendues de la peau (hyperkératose avec desquamation, pigmentation légère, chute des poils, etc.) et l'atteinte du système nerveux central (secousses fibrillaires, contractures des extrémités, démarche ataxique, etc.)

marchant de pair avec des lésions microscopiques du névraxe et des ganglions spinaux (vacuolisation des cellules nerveuses, karyorexis, dilatation des petits vaisseaux avec épaississement de leur paroi, etc.). En outre, il existe diverses anomalies inconstantes telles qu'hyperprotéinémie, hypertrophie de la rate et des ganglions associée à la métaplasie des cellules plasmatiques, cirrhose du foie, ostéoporose.

Ces résultats concordent avec ceux observés déjà par les auteurs sur les jeunes chiens à la suite de la gastrectomie. Ils font soupçonner l'existence d'un facteur spécifique dans l'estomac du porc, du chien et de l'homme, facteur nécessaire pour maintenir la peau et le système nerveux central en bon état.

P.-L. Marie.

E. P. Ralli, H. D. Fein et **F. J. Lovelock.** ***L'usage continu de l'insuline-protamine-zinc chez les diabétiques graves*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. **196**, n° 1, Juillet 1938, p. 28-36). — Vingt diabétiques graves qui pendant 3 à 72 mois avaient été traités par l'insuline à l'hôpital furent mis à l'insuline-protamine-zinc (I.P.Z.).

Ce traitement se montra inefficace après 1 à 2 mois d'essai chez 4 malades qui durent reprendre l'insuline ordinaire. Parmi les 16 autres, après 8 mois ou plus de I.P.Z., on fut obligé de repasser à l'insuline ordinaire chez 5, en raison de l'apparition de périodes de glycosurie impossible à faire disparaître et de shock insulinique. Parmi les 8 diabétiques restants 8 eurent besoin d'insuline ordinaire aussi bien que de I.P.Z. pour arriver à contrôler le diabète. Chez 3 malades seulement le diabète put être contrôlé convenablement par l'I.P.Z. Ces 3 malades qui furent les seuls à bénéficier réellement du traitement avaient un taux peu élevé du métabolisme basal et il est possible que la diminution de l'activité thyroïdienne tende à rendre ces patients plus sensibles à l'action de l'insuline. Si c'est exact, il s'ensuivrait naturellement qu'une absorption plus lente de l'insuline se montre plus efficace et qu'une moindre quantité d'insuline soit nécessaire pour contrôler la glycosurie. C'est peut-être là la raison du succès de l'I.P.Z. chez certains diabétiques.

P.-L. Marie.

M. H. Soley, J. B. Lagen et **J. C. Lockhart.** ***Effet du manque de chlorure de sodium sur l'acidité gastrique*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. **196**, n° 1, Juillet 1938, p. 88-95). — Chez 3 hommes normaux on provoqua une carence en chlorure de sodium en diminuant ce corps dans l'alimentation et en augmentant son excrétion par la sudation. La chute des chlorures de l'urine et de la chlorémie et l'ascension de l'urée sanguine et de l'azote non protéique chez un sujet ainsi que l'apparition de divers symptômes (crampes, lassitude, sécheresse de la bouche et soif, etc.) indiquaient la réalisation d'un état de carence en NaCl. Or celle-ci ne s'accompagna d'aucune modification notable dans la sécrétion gastrique de l'acide chlorhydrique libre ou total.

A noter qu'avec la reprise du sel (30 gr. ingérés avec une grande quantité d'eau pendant les deux jours qui suivirent l'expérience) les 3 sujets présentèrent un œdème accentué.

P.-L. Marie.

AMERICAN JOURNAL OF DIGESTIVE DISEASES AND NUTRITION

(Fort-Wayne)

H. Necheles, W. G. Motel, J. Kosse et **F. Neuwelt.** ***Les effets de l'acétylcholine, de l'acétylbétaméthylcholine et de la prostigmine sur la sécrétion de l'estomac de l'homme et du chien*** (*American Journal of digestive Diseases*, vol. **5**, n° 4, Juin 1938, p. 224-231). — Ces expériences ont été poursuivies sur 5 chiens avec poche de Heidenheim, de 12 à 20 *kg.*, en excellente santé. Ils jeûnaient 24 heures avant les épreuves. Les hommes étaient des adultes normaux sans troubles gastro-intestinaux, à jeun depuis 14 heures auparavant. Le suc gastrique était aspiré par un tube capillaire. Toutes les substances furent injectées par voie sous-cutanée.

L'acétylcholine augmente l'acidité, le volume et la sécrétion pepsique de la poche de Heidenheim. Mais ce phénomène ne dure pas plus de 7 heures, même lorsque 50 *mg.* d'iode d'acétylcholine sont injectés toutes les 10 minutes.

L'acétylbétaméthylcholine, en petites et grosses doses, augmente l'acidité et le volume de la sécrétion gastrique chez le chien.

L'acétylcholine et l'histamine ont une action synergique sur la sécrétion gastrique. L'histamine et de petites doses d'acétylbétamétylcholine agissent également synergiquement. La prostigmine et la prostigmine associée à l'acétylcholine élèvent le taux de l'acidité chez le chien.

Chez l'homme, l'acétylbétamétylcholine stimule la sécrétion gastrique en volume et en acidité. La prostigmine excite également la sécrétion gastrique.

En raison de cet effet excitant, il vaut mieux ne pas employer ces produits dans le traitement de l'ulcère peptique comme on l'a proposé.

Robert Clément.

H. Borsook (Pasadena). **P. Dougherty, A. Gould** (Los Angeles) et **E. D. Kremers.** ***Le complexe vitamine B et les troubles fonctionnels chroniques gastro-intestinaux. Etude de 227 cas*** (*American Journal of digestive Diseases*, vol. **5**, n° 4, Juin 1938, p. 246-251). — A 227 sujets, venus consulter dans un dispensaire ou appartenant à la pratique privée et atteints de troubles fonctionnels du tube digestif, c'est-à-dire sans lésion organique décelable par la clinique, le laboratoire ou la radiologie, on a donné des vitamines B, dans l'hypothèse qu'il s'agissait d'une avitaminose B fruste et relative.

Il s'agissait de constipation, douleurs abdominales, météorisme gazeux, nausées, selles muqueuses, anorexie, céphalées, nervosité, asthénie.

On a d'abord modifié le régime qui, le plus souvent, était mal équilibré, contenait un excès d'hydrates de carbone et surtout était composé d'aliments passés ou en purée, débarrassés de toute cellulose et de toutes particules rugueuses. A la plupart, on a donné 100 *g.* (pesés à sec) d'une préparation spécialisée de blé contenant une moyenne de 10 à 15 pour 100 du germe, et les couches internes du son finement écrasées. La majeure partie consiste en albumines et en amidon adhérant à l'endosperme. Cette préparation de céréales contient 5 à 10 unités internationales de vitamines B_1 et environ 3 unités de vitamines B_2 par gramme de poids sec. Elle est cuite avec une ou deux parties d'eau, au bain-marie de 15 à 30 minutes, et consommée avec du lait entier de préférence au breakfast. Cela fait une grosse quantité et lorsque la totalité ne peut être absorbée au petit déjeuner, le reste est fini au déjeuner. La plupart des malades s'habituent au bout d'une semaine à prendre cette dose de céréales au premier repas, ceux qui ont trop de difficultés peuvent en absorber une partie sous forme de crêpes ou de gâteaux. Cette préparation est à la fois la plus économique et celle qui contient la plus grande quantité de vitamines B. Elle a meilleur goût que la plupart des autres céréales.

Sur 67 malades, la simple modification du régime produit 18 améliorations. Sur les 49 restants, à 21 on a donné les vitamines B sous forme de céréales. 13 furent améliorés, 8 ne semblent pas en avoir bénéficié. Aux 28 autres, la vitamine B fut donnée sous forme d'un extrait liquide concentré de polissure de riz, à la dose de 20 cm^3 correspondant à 1.000 unités internationales de B_1, 250 unités de B_2 et une large quantité du complexe B_6 et facteur antipellagreux. 19 vont beaucoup mieux depuis 3 mois, 9 ne furent pas améliorés. Aux 8 qui n'avaient pas bénéficié du supplément de céréales, l'extrait liquide de vitamines B produisit un effet satisfaisant chez 5. Finalement, sur 67, il n'y eut que 12 échecs.

A 200 autres malades, on donna, dès le début, 100 *g.* de céréales chaque jour. Des tableaux donnent les résultats sur les symptômes de 160 de ces sujets: l'amélioration de la constipation a été constatée 146 fois sur 151 cas; celle des douleurs abdominales, 103 fois sur 112; la diminution des gaz n'a été notée que 75 fois sur 127; celle des nausées, 23 fois sur 35; celle du mucus dans les selles, 29 fois sur 44; l'anorexie, 69 fois sur 88; la céphalée, 47 fois sur 77, et l'asthénie, 89 fois sur 119.

Robert Clément.

ARCHIVES of DERMATOLOGY and SYPHILOLOGY

(Chicago)

Robinson. ***Erythème du 9e jour*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. **37**, n° 6, Juin 1938, p. 1031-1034). — Il est classique de dire qu'après un érythème du 9e jour causé par l'arsénobenzol ou ses dérivés, on peut continuer sans incidents le traitement arsenical.

R. rapporte l'observation d'une femme, syphilitique secondaire, qui vit apparaître entre le 8e et le 10e jour une éruption scarlatiniforme avec fièvre et nausées, après 2 injections intraveineuses de 30 et 45 *cg.* de novarsénobenzol.

4 jours après, le 21 Mai, l'éruption disparut et la fièvre cessa. Le 27 Mai, on fait une nouvelle injection intraveineuse de 30 *cg.*

Le 29 Mai on note des nausées, des vomissements, de la fièvre et une coloration jaune de la peau et des conjonctives ; le foie est augmenté et descend à 4 *cm.* au-dessous du rebord costal. L'urine contient de l'albumine et des pigments biliaires ; les selles ne renferment pas de bile.

On fit des injections intraveineuses de dextrose et d'extrait hépatique, on prescrivit un régime hydrocarboné et alcalin. L'ictère disparut et un traitement bismuthique put être continué sans incidents.

Des cas de ce genre ont été publiés par Keim, par Gougerot et Patte, qui virent apparaître un ictère toxique après un érythème du 9e jour, et par Arzac et Bargues qui, continuant le traitement arsenical après un érythème du 9e jour, notèrent l'apparition de complications rénales.

R. Burnier.

ARCHIVES of INTERNAL MEDICINE

(Chicago)

H. Gotta (Buenos-Aires). ***Dimensions et configuration du cœur dans l'hyperthyroïdie*** (*Archives of internal Medicine*, t. **61**, n° 6, Juin 1938, p. 860-874). — Jusqu'à ces derniers temps le « cœur thyroïdien » était considéré comme une entité clinique et rangé sans discussion parmi les maladies organiques du cœur. Mais, actuellement, à la lumière des preuves expérimentales, anatomo-pathologiques, électrocardiographiques et radiologiques, on tend à regarder le « cœur thyroïdien » comme un simple trouble fonctionnel.

L'étude de G., basée sur l'examen téléradiographique de 200 cas d'hyperthyroïdie, vient confirmer que cet état ne cause par lui-même qu'une augmentation minime ou nulle de l'aire cardiaque. Si l'on trouve une aire cardiaque augmentée,

c'est qu'il existe en même temps une affection cardio-vasculaire (hypertension, sclérose de l'aorte, rhumatisme, glomérulo-néphrite). En pareil cas, la guérison de l'hyperthyroïdie peut être accompagnée d'une diminution des dimensions du cœur, mais ces cas de coexistence d'une affection cardio-vasculaire mis à part, la guérison de l'hyperthyroïdie ne s'accompagne pas de modifications de l'aire cardiaque.

On pourrait faire quelques objections aux conclusions de G.

1° Son étude est basée sur des téléradiographies prises en projection frontale, donc ne mesurant les dimensions du cœur que dans un seul plan. Toutefois, si l'hyperthyroïdie produit un changement de volume du cœur, il est rationnel de penser que celui-ci est apparent dans n'importe quel plan. L'éventualité d'une saillie de l'arc moyen gauche due à une dilatation partielle débutante a été écartée. La saillie de l'arc moyen gauche, qui se rencontre souvent chez les hyperthyroïdiens, est d'origine constitutionnelle; ni l'âge du malade, ni l'intensité, ni la durée de l'état d'hyperthyroïdie, ni les dimensions du cœur n'influencèrent, en effet, la production de cette configuration, qui persista après guérison de l'hyperthyroïdie. Dans 4 cas seulement, sur 67, elle relevait d'un rétrécissement mitral.

2° La téléradiographie ne constitue pas une méthode exacte de mesure de l'aire cardiaque, puisqu'elle n'enregistre pas les changements inférieurs à 10 p. 100. C'est pour cette raison que G. ne nie pas que l'aire cardiaque puisse être un peu augmentée dans certains cas d'hyperthyroïdie.

3° Stewart a soutenu que la tachycardie cause une diminution des dimensions du cœur; donc, puisque la majorité des hyperthyroïdiens ont de la tachycardie, celle-ci pourrait masquer le volume réel du cœur. Mais cet auteur n'a eu en vue que des malades présentant une tachycardie de courte durée et il est peu probable que sa conclusion s'applique aux tachycardies de longue durée des hyperthyroïdiens.

P.-L. Marie.

H. J. Perkin et **F. J. Lahey.** ***Rapport entre la teneur du sang en iode et la durée des symptômes dans 305 cas de goitre exophtalmique*** (*Archives of internal Medicine*, t. **61**, n° 6, Juin 1938, p. 875-880). — Chez les basedowiens non traités, l'iodémie se montre élevée dans la majorité des cas dans lesquels les symptômes existent depuis 1 à 9 mois. L'iodémie tend à reprendre un taux normal quand le syndrome d'hyperthyroïdie existe depuis un an ou plus.

Les analyses chimiques et les examens histologiques du tissu thyroïdien excisé chez les hyperthyroïdiens montrent une déficience de l'iode; le bilan iodé est négatif chez eux. Si l'on rapproche ces faits des résultats de P. et L., il semble que le retour de l'iodémie à la normale, au bout d'un an et plus d'hyperthyroïdie, témoigne d'une déplétion des réserves d'iode de l'organisme.

On pense généralement que l'hyperthyroïdie est en rapport avec un excès de sécrétion thyroïdienne. Cette opinion peut s'accorder avec l'hyperiodémie observée dans des cas récents d'hyperthyroïdie, mais ne cadre plus avec l'iodémie normale des cas de longue durée.

L'amélioration procurée par la thyroïdectomie, qui diminuerait l'hypersécrétion, se conçoit bien; mais comment expliquer la même réponse thérapeutique quand la thyroïde est déficiente en iode et l'iodémie normale ?

P.-L. Marie.

ARCHIVES of NEUROLOGY and PSYCHIATRY
(Chicago)

Joseph Hugues, Stuart Mudd et **Edward A. Strecker.** ***Réduction d'une élévation de la pression intracranienne par le sérum humain lyophile*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. 39, n° 6, Juin 1938, p. 1277-1288). — Pour abaisser la pression intracranienne, la solution hypertonique idéale est non seulement celle qui a un pouvoir osmotique élevé, mais en plus celle qui contient en dissolution des substances restant dans le sang et susceptibles d'exercer après l'injection leur pouvoir osmotique. Etant donnée l'imperméabilité des capillaires sanguins aux protéines du sérum, une solution hypertonique de sérum sanguin doit donc constituer l'agent le plus actif. Elle doit être capable d'abaisser la tension céphalo-rachidienne, et aussi de relever la pression sanguine dans les états de choc.

Le sérum lyophile est obtenu en dissolvant du sérum desséché, soit dans de l'eau distillée, soit dans une solution glucosée hypertonique.

L'expérience montre que l'injection de sérum lyophile sur la tension céphalo-rachidienne est beaucoup plus efficace que celle du sérum glucosé hypertonique simple; elle est surtout plus durable. Avec le sérum simple l'abaissement de la tension ne durait que sept heures et demie, alors qu'avec le sérum lyophile elle persistait vingt heures après l'injection. L'abaissement de la tension céphalo-rachidienne est d'ailleurs plus marqué dans l'hypertension intracranienne que chez les sujets normaux.

Le sérum lyophile relève également la pression sanguine et, chez un électrocuté, l'injection de 100 cm^3 fit monter la tension artérielle de 68 *mm.* à 110 *mm.* Dans les cas de choc ou d'hémorragie, on peut injecter 200 cm^3 de ce sérum.

Les accidents anaphylactiques ne sont pas à craindre. Toutefois, Stengel et Ravedin ont eu des réactions chez les sujets hypoprotéinémiques, mais jamais fatales.

H. Schaeffer.

David Wright, Douglas Bond et **Joseph Jughes.** ***Abaissement de la pression céphalo-rachidienne par le sérum lyophile concentré*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. 39, n° 6, Juin 1938, p 1288-1294). — Les travaux de Hughes, Mudd et Strecker ont été repris sur le terrain expérimental par W., B. et J. Chez des chiens anesthésiés, et dont la pression de la grande citerne était prise constamment, des injections de sérum de chien ayant une concentration quatre fois plus élevée que la normale furent pratiquées.

La chute de la pression céphalo-rachidienne fut constante. Son ampleur fut variable avec la quantité de sérum injecté. Avec des doses de 1 à 2 cm^3 par kilogramme de poids on obtient de petites chutes de pression.

Chez un chien qui reçut 9 cm^3, la pression initiale, qui était de 154 *mm.*, tomba, deux heures après l'injection, à 68 *mm.* et y resta pendant plus de vingt heures.

L'expérience faite avec une solution salée hypertonique de même concentration montre que la chute de la pression dure à peine trois heures.

La même expérience pratiquée en injectant une solution glucosée concentrée à 50 pour 100 montre que la durée d'abaissement de la tension est moindre que chez les chiens ayant reçu du sérum lyophile.

H. Schaeffer.

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL
(Londres)

C. F. Koch et **E. de Savitsch.** ***Le traitement chirurgical de la sclérose en plaques par la sympathitectomie et par la ganglionectomie*** (*British Medical Journal*, n° 4040, 11 Juin 1938, p. 1254-1258). — Parmi les différentes hypothèses pathogéniques concernant la sclérose en plaques, la théorie vasculaire semble la plus logique. Putnam a montré que les caractéristiques histologiques de cette maladie pouvaient être produites par différents processus qui avaient pour trait commun une atteinte de la circulation dans la zone médullaire. Les rémissions spontanées, notamment, que l'on voit dans cette maladie, trouvent leur explication par cette théorie vasculaire.

Se basant sur cette hypothèse, K. et S. ont pensé qu'en modifiant les conditions de vascularisation de la moelle par la section du ganglion stellaire et du nerf vertébral, on pouvait espérer améliorer certains symptômes de la sclérose en plaques.

Ils ont procédé à cette intervention sur 15 malades qui étaient à des stades avancés de la maladie. Huit malades sont encore vivants un an après l'opération. Il est difficile dans cette maladie à rémissions spontanées de juger d'une thérapeutique. Ce que l'on peut dire, en attendant le recul du temps, c'est que l'opération n'a pas aggravé la marge de la maladie. Cependant certains symptômes ont été observés : syndrome de Claude Bernard-Horner, qui régresse d'ailleurs au bout de quelques mois; douleurs dans l'épaule et le bras cédant à l'infiltration de novocaïne du plexus brachial. D'autre part, le cœur de ces malades est incapable de répondre par l'accélération à l'effort musculaire et chez un tiers des sujets on observa de l'incontinence d'urine qui céda au bout de quelques jours.

André Plichet.

W. N. West-Watson et **C. J. Young.** ***Echec de la splénectomie dans un cas de jaunisse acholurique; relation de la toxémie et des crises hémolytiques*** (*British Medical Journal*, n° 4041, 18 Juin 1938, p. 1305-1309). — Dans la plupart des cas d'ictère acholurique, la splénectomie est le meilleur traitement qu'on puisse proposer. W. et Y. relatent l'observation d'une femme atteinte d'ictère hémolytique qu'une splénectomie n'améliora pas et qu'on maintint en vie grâce à trois transfusions et à une hépatothérapie intensive. Pensant que cet échec était dû à la présence d'une rate surnuméraire, on intervint de nouveau et on trouva un kyste dermoïde de l'ovaire qu'on enleva. L'hémolyse cessa immédiatement, les signes de toxémie disparurent et le sang redevint normal. En prenant en considération ce cas et d'autres dans la littérature, il apparaît nettement que la splénectomie n'amène pas toujours la guérison ni ne prévient les crises hémolytiques de l'ictère acholurique, surtout quand il est acquis. Avant de décider cette opération, il faut de toute nécessité rechercher les causes de toxémie et essayer de leur opposer un traitement actif.

André Plichet.

L'OSPEDALE PSICHIATRICO
(Naples)

Cesare Roncati. ***Appareil cardio-vasculaire et troubles mentaux chez les sujets préséniles*** (*L'Ospedale Psichiatrico*, an. **6**, fasc. III, Mai 1938. — L'état présénile est une période évolutive de l'individu assez longue et imprécise, qui se place au moment où l'organisme complètement évolué commence à présenter les premiers signes de la décadence physiologique.

L'irrégularité de la fonction sexuelle en est une des premières manifestations, mais l'appareil circulatoire et le système nerveux sont également intéressés.

Les troubles psychiques de la phase présénile sont de deux ordres: les uns sont directement la conséquence de la méiopragie des artères cérébrales, les autres évoluent parallèlement à l'artériosclérose cérébrale sans dépendre d'elle.

Les premiers sont représentés par le syndrome psycho-neurasthénique artérioscléreux, qui peut débuter vers 40 ans, avec ses céphalées, l'irritabilité et l'instabilité du caractère, l'asthénie psychophysique, quelques vertiges. A un stade plus avancé

apparaissent l'agitation, l'inquiétude, l'anxiété, quelques troubles de la mémoire. Ces symptômes sont, au début, intermittents. La tension artérielle peut être normale. Ultérieurement, ces troubles s'aggravent progressivement et peuvent s'accompagner de signes neurologiques.

Les seconds sont constitués par des états assez divers où rentreraient la psychose maniaque dépressive et, en particulier, la mélancolie involutive, les états dysthymiques et schizophréniques, les états hypocondriaques et cœnestopathiques, certains états comitiaux tardifs.

R. apporte le résultat des recherches biologiques, sphygmographiques, pléthysmographiques et humorales faites chez ces malades.

H. Schaeffer.

RASSEGNA DI MEDICINA INDUSTRIALE
(Turin)

Parri, Ferrari Lelli et **Micheli.** ***Dosage du plomb dans les liquides organiques*** (*Rassegna di Medicina Industriale*, an. **9**, n° 3, Juin 1938, p. 167-186). — On emploie souvent pour le dosage du plomb dans l'urine la méthode de Behrens et Taeger; celle-ci consiste essentiellement dans la précipitation répétée plusieurs fois du plomb au moyen de l'oxalate d'ammoniaque; il se forme de l'oxalate de calcium qui entraîne les traces d'oxalate de plomb. On recueille le précipité, on le calcine et on traite les cendres résiduelles avec une solution de dithizone (diphénylthiocarbozon) dans du tétrachlorure de carbone. Cette méthode donnerait des résultats précis lorsque le plomb existe dans l'urine à l'état inorganique, mais non lorsqu'il s'y trouve en combinaison organique. Or, une partie du plomb, la plus importante, se rencontre dans les urines comme dans le sang à l'état de combinaison organique. Il apparaît donc indispensable pour obtenir un résultat, qui renseigne exactement, de doser le plomb successivement sous les trois formes: plomb total, plomb inorganique, plomb organique.

Sans prétendre avoir résolu complètement le problème du dosage du plomb dans les produits biologiques, les auteurs apportent une intéressante contribution à cette recherche. Ils indiquent des méthodes rapides pour la destruction de la matière organique; ils donnent également une technique sûre et simple pour l'élimination du fer dans le foie et le sang. Le résidu obtenu (qu'il s'agisse de l'urine, du sang, du foie, des poils) est traité avec la solution de dithizone suivant la technique détaillée par les auteurs. Les procédés de mesure peuvent être simplifiés si l'on a à sa disposition un photomètre et des solutions colorées de plomb de titre connu.

Les auteurs insistent sur la nécessité de se servir de réactifs et de matériel (verre, pipette, etc.) ne contenant aucune trace de plomb. D'autre part, ils recommandent, comme moyen de contrôle de l'intoxication saturnine, de faire, parallèlement à la recherche du plomb dans le sang et les urines, le dosage dans le système pileux (cheveux, poils du pubis), ce qui permettrait de surveiller l'augmentation ou la diminution de la fixation du plomb dans l'organisme.

A. Feil.

ROUMANIE MEDICALE
(Bucarest)

D. Hagiesco et **G. Bazvan.** ***Le complexe vitaminique A et D dans le traitement de la tuberculose pulmonaire et les affections non tuberculeuses*** (*Roumanie Médicale*, t. **16**, n° 11, p. 146-149) — La propriété fondamentale de la vitamine D, c'est la calcipexie.

H. et B. rappellent la pharmacodynamie du calcium, ses propriétés sur la coagulabilité du sang, diurétiques, anticolloïdoclasiques. Ils rappellent également la valeur du calcium introduit avec les sels d'or, réduisant sensiblement les accidents de l'aurothérapie.

La vitamine D, par son action catalytique, stimule la nutrition des tuberculeux dont les échanges sont ralentis.

Le rôle de la vitamine D dans le traitement de la tuberculose pulmonaire se résume donc par la calcipexie qui augmente la durée de l'action de l'ion calcium sur les cellules et les humeurs, en rendant possible l'effet décongestif, antifluxionnel, diurétique et sympathicotrope, du calcium.

H. et B. rappellent ensuite les propriétés de la vitamine A dont la carence réalise le tableau de l'hypoavitaminose A et les applications thérapeutiques récentes dans les dyspepsies hypoacides, les diarrhées gastrogènes, le Basedow et hyperthyroïdies simples, dans les cures d'engraissement.

H. et B. ont administré, à parties égales, une solution de vitamines A et D chez:

1° Les tuberculeux chroniques à lésions stabilisées et dont l'état général reste déficient.

2° Comme traitement de consolidation chez les malades en cours de collapsothérapie ou après l'aurothérapie.

L'administration des vitamines a été faite par la voie parentérale par injections intra-musculaires bi- ou tri-hebdomadaires aux doses de 20.000 unités de vitamines A et D.

H. et B. ont observé l'augmentation pondérale de 1 à 2 unités de l'appétit, des hématies de 100 à 300.000, de l'indice nucléaire neurophile.

Dans les tuberculoses ganglionnaires des enfants les résultats étaient encore plus favorables.

H. et B. ont toujours associé la médication phospho-calcique sous forme de glycéro-phosphates, acide phosphorique, etc. Dans les affections non tuberculeuses, les résultats furent aussi satisfaisants.

Henri Krauter.

S. Chisar et **V. Popesco.** ***L'infection syphilitique précoce du système nerveux central*** (*Roumanie Médicale*, t. **16**, n° 11, p. 162-165). — Après avoir fait un historique de la question ayant montré les contributions de Fournier, Duchenne de Boulogne, Virchow, Erb, Quincke, Sicard, Babinski, etc., C. et P. rappellent les travaux de Babes, Marinesco et son école: la recherche du spirochète dans le liquide céphalo-rachidien, la détermination du pH en liquide, la recherche du spirochète dans le cerveau des paralytiques généraux. Nicolau trouve la pléiocytose dans le liquide céphalo-rachidien dans 18 cas sur 51.

C. et P. énumèrent dans un tableau la fréquence des réactions biologiques positives dans le liquide céphalo-rachidien au cours de la période secondaire de la syphilis. C'est un tableau avec le diagnostic clinique et l'ancienneté des lésions primaires ou secondaires et les diverses réactions biologiques du liquide céphalo-rachidien examiné.

Dans la période tertiaire, on trouve des modifications du liquide céphalo-rachidien dans une proportion de 20 pour 100 à 28 pour 100.

En conclusion, C. et P. précisent:

1° Dans la période secondaire de la syphilis, le système nerveux central peut présenter les réactions biologiques positives dans une proportion plus ou moins grande, quelles que soient les lésions cutanéo-muqueuses.

2° La proportion des réactions biologiques positives dans le liquide céphalo-rachidien, dans cette période, paraît en rapport avec le facteur temps, plutôt que la forme clinique des lésions secondaires.

3° Certaines manifestations cutanées (comme les syphilides pigmentaires) s'accompagnent dans une proportion plus grande de réactions positives dans le liquide céphalo-rachidien: 50 pour 100 environ.

4° Les manifestations cliniques objectives, traduisant les lésions organiques méningo-encéphaliques de la période secondaire, sont très rares; les phénomènes subjectifs (la céphalée) sont plus fréquents.

5° Enfin, pour prévenir l'apparition des signes de syphilis nerveuse préclinique, il faudra commencer le traitement intensif au moins dans la première ou deuxième semaine des manifestations secondaires. Après cet intervalle de temps, les signes biologiques marquant l'atteinte du système nerveux central sont très fréquents.

Henri Krauter.

ARCHIVOS DEL HOSPITAL ROSALES
(San Salvador)

L. Mendoza. ***Le typhus exanthématique au Salvador*** (*Archivos del Hospital Rosales*, Avril 1938, sup. n° 5). — Jusqu'au mois d'Octobre 1937, l'existence du typhus exanthématique n'avait pas été prouvée au Salvador. L. M. eut l'occasion dans son service d'en observer 4 cas, confirmés par la réaction de Weil-Félix positive. Cependant il ne s'agit pas du typhus classique, mais d'une variété bien spéciale, bénin, endémique, propagé sans doute par xénopsylla cheopis et pulex irritans au rat et à l'homme.

L. M. rapproche ces typhus des formes de Brill et du typhus murin, par suite de la bénignité de l'affection, de sa mortalité nulle, de l'absence de syndrome ataxo-adynamique et d'état de typhus, de l'apparition de cas isolés. D'ailleurs, dans la narration de ses cas, L. M. fait ressortir les différences qui existent entre cette variété et le typhus classique.

Apparition subite, accès fébrile et céphalalgie. Tous les malades se plaignirent de douleurs dans les membres. Le facies est vultueux, les conjonctives sont injectées. La palpation abdominale est douloureuse. Foie normal. Diurèse peu diminuée ou normale. Les symptômes nerveux se bornent à de l'insomnie, à de la torpeur, mais sans délire, ni stupeur. Pas de trémulation des membres. Ceux-ci présentent de véritables pétéchies, qui atteignent, chez un malade, la grosseur d'un jeton de 1 franc. L'éruption est généralisée. Durant le deuxième septénaire, la température se maintient à 38-39°. La bouche n'est jamais envahie de fuliginosités. L'éruption pâlit. Il ne se dégage aucune odeur de rat, des malades. Chute de température entre le 16e et le 19e jour, qui annonce une amélioration brusque, qui se maintient.

Tout en étant légèrement différent dans les petits symptômes, ce typhus n'en présente pas moins, d'une façon modérée, la triade symptomatique classique: éruption cutanée, fièvre et troubles nerveux. L. M. termine en discutant le diagnostic différentiel.

Robert Coronel.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAL DES PRATICIENS
(Paris)

P. Barbellion et **F. Thores**. ***Troubles de la spermatogenèse causés par les sulfamides*** (*Journal des Praticiens*, t. **52**, n° 29, 16 Juillet 1938, p. 465-467). — Une évaluation exacte du liquide séminal est difficile à réaliser. Pour rechercher l'action des traitements par les sulfamides sur la spermatogénèse, on s'est adressé à la mobilité des spermatozoïdes, à leurs formes anormales et à leur nombre. D'autre part, il est impossible de faire un examen au début de la maladie, avant l'absorption de sulfamides, et la vitalité et le nombre des spermatozoïdes peuvent être diminués du seul fait de la blennorragie.

Trois procédés ont été employés: l'examen direct après fixation d'une goutte de sperme étalée; il y a disproportion considérable entre les champs examinés. Il est préférable de diluer X gouttes de sperme dans 5 cm^3 d'eau et d'étaler une goutte de la dilution. Enfin, on a proposé d'utiliser l'hématimètre de Malassez en utilisant un solvant bicarbonaté et formolé. L'énumération montre des chiffres différents à quelques minutes d'intervalle.

Avec le procédé de dilution et de fixation, on trouve, chez 20 sujets normaux, un chiffre moyen de 43 spermatozoïdes. Chez ces mêmes sujets, après absorption de 15 grammes de sulfamide, à raison de 2 *g*. 5 par jour, on trouve un taux moyen de 34.

69 p. 100 des sujets ont présenté un chiffre de spermatozoïdes abaissé au moins de moitié.

L'action des sulfamides sur la spermatogénèse est mise en évidence, en outre, par l'atténuation de la mobilité des spermatozoïdes et la fréquence des formes anormales.

En tenant compte de cette action toxique, les sulfamides doivent être employés dans la blennorragie avec les plus grandes précautions et seulement en cas d'infection sérieuse.

Robert Clément.

GAZETTE HEBDOMADAIRE des SCIENCES MÉDICALES DE BORDEAUX

J. Sabrazès, J. Bideau, J. Mauzé et **G. Gineste**. ***Traumatismes, irritations chroniques et leucémies*** (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, t. **59**, n° 31, 31 Juillet 1938, p 466-472). — Chez un sujet normal, présentant une fracture ou simplement contusionné, on voit apparaître dans le sang une hyperleucocytose, avec parfois myélémie. Dans la région du trait de fracture, la moelle osseuse offre parfois une transformation myéloïde.

Cliniquement, parmi les observations de leucémie qualifiée de traumatique, concernant des sujets devenus leucémiques à la suite d'une fracture, d'un traumatisme de la rate, ou d'un ébranlement traumatique général, bien peu sont justiciables de cette expression: leucémie traumatique. Pour quelques cas seulement, dans lesquels il semble y avoir une relation de cause à effet, l'expression de leucémie post-traumatique serait acceptable. Peu de ces cas sont à l'abri de la critique.

L'expérimentation animale a fait apparaître, environ un an après fracture d'un os long, avec injection ou non de goudron dans la moelle, une hyperplasie myéloïde de la moelle diaphysaire, de la lymphoblastose sanguine et une tendance à la lymphadénie dans les viscères, les ganglions et la rate.

Dans le parenchyme splénique, un ou deux mois après les traumatismes de la rate, on voit apparaître des modifications de l'ordre de l'hyperplasie lymphadénoïde avec présence d'un plus grand nombre de lymphocytes en pycnose et augmentation du nombre des plasmodes. Ce ne sont pas là des leucémies, mais des états de prédisposition à des hémopathies de ce genre.

Robert Clément.

A.-F.-X. Henry (Constantine). ***Données récentes fournies par l'étude de la séro-floculation palustre*** (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, t. **59**, n° 33, 14 Août 1938, p 491-496). — Les sérums paludéens ont la propriété presque spécifique de floculer en présence de réactifs spéciaux dont le principal est la mélanine. Ils floculent également dans l'eau distillée, mais cette propriété est commune à divers sérums instables.

Certaines conditions physico-chimiques ont un rôle dans la floculation prévue et peuvent l'influencer. L'indice

$$\frac{\text{euglobulines}}{\text{sérine + cholestérol}}$$

paraît actuellement résumer les principales conditions de floculation des sérums. Mais son évolution n'est pas en rapport régulier avec la séro-floculation à la mélanine. Les conditions physico-chimiques sont importantes mais ne fournissent pas une explication totale de la réaction.

Des études poursuivies sur le réactif montrent que le meilleur est une hémomélanine artificielle obtenue par oxydation lente du chlorhydrate d'hématine. Le mandélate d'ammonium à 3 pour 100 est un des meilleurs liquides de dilution.

Pour le diagnostic du paludisme, la réaction à la mélanine est utile dans l'intervalle des accès et chez les paludéens chroniques. Dès le cinquième et le sixième jour de la fièvre, après suspension de la quinine pendant au moins vingt-quatre heures, on peut obtenir des malariafloculations positives.

La réaction peut encore servir pour la direction du traitement, le choix de la médication et les doses.

Robert Clément.

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX ET DU SUD-OUEST

H.-L. Rocher, Philip, Got, Pouyanne et **Dupin**. ***Les anesthésies chez l'enfant*** (*Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*, t. **115**, n°s 29-30, 16-23 Juillet 1938, p. 33-57). — On trouvera ici les résultats d'une enquête poursuivie chez les oto-rhino-laryngologistes, les chirurgiens et les orthopédistes bordelais.

Pour les opérations de courte durée, le chlorure d'éthyle et le protoxyde d'azote semblent se partager les faveurs des O.R.L. Pour les opérations plus longues, le chloroforme, le balsoforme, le protoxyde d'azote ont leurs partisans. A partir de 5 ans, l'anesthésie locale voit ses indications se préciser. Quelques auteurs emploient l'évipan, d'autres le rectanol. Chez le nouveau-né et chez le nourrisson jusqu'à un an, la majorité des auteurs déconseille l'anesthésie générale.

L'opinion des chirurgiens est analogue. L'anesthésie la plus commune, à l'heure actuelle, est celle à l'éther; R. se fait le défenseur de l'anesthésie rachidienne et loco-régionale.

Parmi les accidents mortels survenus dans son service, depuis 1912, il ne compte que 3 cas de mort par syncope, l'un au chloroforme, l'autre au chlorure d'éthyle, le troisième à l'éther. Il faut ajouter à ce chiffre 4 cas de mort par syndrome pâleur-hyperthermie.

Robert Clément.

LE JOURNAL DE MEDECINE DE LYON

Fr. Paliard et **P. Etienne-Martin**. ***Le traitement chirurgical de l'hypertension artérielle permanente. Ses indications par l'infiltration anesthésique des splanchniques*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t **19**, n° 444, 5 Juillet 1938, p. 433-439). — Dans la thérapeutique chirurgicale de l'hypertension artérielle permanente, un des points délicats, pour éviter d'accumuler des échecs, est de poser l'indication opératoire. Outre les signes cliniques, l'infiltration anesthésique des nerfs splanchniques semble constituer une méthode d'orientation précieuse. Si la section physiologique des splanchniques réalisée par l'anesthésie provoque un abaissement tensionnel suffisamment prolongé ou fait disparaître momentanément des troubles fonctionnels graves, on peut considérer qu'il y a indication opératoire. Au contraire, l'échec de l'anesthésie splanchnique est une contre-indication à l'intervention.

Cette méthode, qui peut prendre un caractère d'urgence quand on se trouve en présence d'une hypertension artérielle bloquée, constitue en outre une thérapeutique qui, pour avoir une action passagère, n'est pas moins intéressante.

Chez une malade âgée de 47 ans, ayant une hypertension pure, suivie depuis plusieurs années, l'infiltration lombaire a dissipé céphalées et vomissements pendant plus de trois semaines sans avoir abaissé la pression artérielle.

Une basedowienne ayant subi des opérations thyroïdiennes 5 et 10 ans auparavant et présentant une hypertension évoluant depuis 3 ans avec céphalées et vertiges intenses vit ses vertiges disparaître pendant 10 jours après l'infiltration lombaire alors que le chiffre de sa pression était relativement peu abaissé. Cette amélioration permit de poser l'indication chirurgicale, le résultat de l'opération (surrénalectomie et splanchnectomie gauche) est actuellement excellent. La tension a baissé et les troubles subjectifs ont complètement disparu.

Sur une troisième malade, âgée de 45 ans, diabétique d'ancienne date avec hypertension évolutive, albuminurie, troubles visuels marqués dus à des hémorragies ou exsudats rétiniens, l'infiltration lombaire a provoqué une chute considérable de la tension artérielle et une amélioration de l'état diabétique. Cette malade, comme la première, va être opérée, l'infiltration anesthésique préalable des nerfs splanchniques ayant montré qu'on pouvait espérer un résultat favorable de leur section.

Robert Clément.

Ch. Roubier. ***Le poumon azotémique. (Etude radiographique)*** [*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. **19**, n° 446, 5 Août 1938, p. 467-473]. — Chez les cardio-rénaux azotémiques, on voit parfois sur les radiographies des taches nombreuses, confluentes, réalisant un aspect pommelé ou floconneux, plus prononcé dans les régions parahilaires ou moyennes et quelquefois même localisé au côté droit.

Ces aspects radiographiques, quelque peu différents de ce qu'on observe chez les cardiaques purs, peuvent faire à tort penser à la tuberculose. Certaines taches à contours vaguement arrondis et à centre relativement clair peuvent réaliser des aspects


CHLORO-CALCION
P. Michels
CHLORO-CALCION
Solution titrée
de Chlorure de Calcium stabilisé
80 gouttes ou ½ cuil. à café = 1 gr.
INDICATIONS
RECALCIFIANT
Croissance - Tuberculose
Grossesse, Allaitement, Spasmophilie
Entérites, Accidents sériques
Caries dentaires
HÉMOSTATIQUE
Toutes Hemorrhagies
DÉCHLORURANT
Albuminuries, Néphrites, Œdèmes
Ascite, Pleurésies..
CONTENANCE DU FLACON : 65 GR
Pour 100 Gr. { Chlorure de Calcium purifié cristallisé 36,239
Excipient 63,761
LABORATOIRES P. MICHELS
Pharmacien de 1re Classe
4 bis, Rue du Colonel-Moll - PARIS (17e)

pseudo-cavitaires. Ces images sont transitoires et régressives, elles sont susceptibles de diminuer progressivement jusqu'à disparaître complètement, à mesure que s'améliore l'état général et que diminue l'urée sanguine.

Les malades chez qui on a observé ce tableau radiologique étaient atteints de néphrite hypertensive et azotémique, avec albuminurie. L'observation donnée comme typique comportait un épanchement pleural et de l'œdème des jambes.

L'auscultation permet d'entendre des râles sous-crépitants, fins à l'inspiration, en général localisés aux bases mais pouvant remonter jusqu'aux régions sous-claviculaires. La dyspnée permanente était plus ou moins accusée, l'expectoration peu abondante ou nulle. Il s'agit probablement d'œdème pulmonaire subaigu ou chronique.

Le substratum anatomo-pathologique de ces aspects radiologiques est un œdème pulmonaire prononcé: on trouve dans les alvéoles une exsudation séreuse abondante avec parfois quelques cellules inflammatoires. Au cours des autopsies pratiquées on n'a pas constaté les lésions habituelles du poumon cardiaque. ROBERT CLÉMENT.

LYON MÉDICAL

Vincent (Pont-de-Vaux) et **Rossi**. ***L'érysipéloïde de Rosenbach. Rouget du porc chez l'homme. Transmission par les fumiers*** (*Lyon Médical*, t. **161**, n° 28, 10 Juillet 1938, p. 25-31). — L'érysipéloïde de Rosenbach est une localisation cutanée chez l'homme du bacille de Pasteur et Thuillier, agent du rouget chez le porc. C'est une affection rare et probablement souvent méconnue.

L'érysipéloïde siège en général aux mains et aux doigts, souvent à une seule main. Sur 1.173 cas, on ne compte que 30 localisations en dehors des mains ou des doigts. Les formes généralisées comme celles observées par V. et R. chez un homme de 41 ans sont rarissimes. Les paupières, les conjonctives même, étaient atteintes, avec une plaque pour l'œil gauche et deux pour l'œil droit.

Le bacille du rouget est un hôte normal de l'intestin du porc; on le rencontrerait chez 50 pour 100 des sujets. La contamination a dû se faire en nettoyant une loge à cochons, par souillures des plaies des doigts, sans contact direct avec l'animal. Cette contamination indirecte par le fumier n'a pas encore été signalée. En général, la contamination se fait soit par contact direct avec le porc ou la viande de porc, soit par d'autres animaux domestiques, comme le mouton ou le cheval, soit par les poissons, les crustacés et les coquillages, soit encore par piqûre d'hameçon, par blessures au cours de l'enlèvement des ordures ménagères, etc... Elle se fait encore par manipulations de cultures virulentes au laboratoire ou au cours de vaccinations.

Le diagnostic bactériologique est très délicat. L'hémoculture est souvent défaillante; elle fut positive dans le cas rapporté.

Le rouget se contractant le plus fréquemment au cours du travail, on peut se demander si c'est un accident du travail ou une maladie professionnelle.

ROBERT CLÉMENT.

ANNALES DE MÉDECINE (Paris)

M. Loeper, A. Lesure et **A. Netter**. ***La tyraminémie normale et pathologique*** (*Annales de Médecine*, t. **44**, n° 2, Juillet 1938, p. 85-105). — La tyramine est une phénylamine, dérivant de la tyrosine par une simple décarboxylation; elle a de grandes analogies avec des corps ou hormones connus, tels que l'hordénine, l'éphédrine, l'adrénaline, la thyroxine.

Sympathomimétique imparfait, la tyramine est une substance dont l'origine est surtout alimentaire. Elle se forme dans l'intestin par décarboxylation de la tyrosine sous l'influence des microbes de la putréfaction. De là elle gagne le foie, où elle est normalement désaminée, oxydée, peut-être sulfoconjuguée.

Il semble bien que la tyramine puisse être également formée, à partir de la tyrosine du sang, par le rein et le pancréas, d'après certaines expériences allemandes. Mais, dans les conditions normales, cette source peut être considérée comme négligeable.

En pathologie, on a recherché des modifications de la tyraminémie dans les maladies du rein et les maladies du foie.

Certains auteurs allemands ont cru pouvoir expliquer l'hypertension d'origine rénale par une élévation du taux de la tyramine sanguine. Leurs conclusions semblent trop absolues.

L., L. et N. ont les premiers dosé la tyraminémie dans les cirrhoses. Ils y voient un élément de pronostic plus précis et plus fidèle que la tyrosinémie et de valeur pathogénique plus grande: car la tyrosine est une substance inoffensive alors que la tyramine est une substance active et nocive. La tyraminémie paraît responsable d'un certain nombre d'accidents vasculaires des cirrhoses et son augmentation progressive est un des tests de gravité les plus sûrs des hépatites chroniques.

L. RIVET.

Jacques Decourt. ***Le rôle du corps thyroïde dans la régulation de la chlorémie*** (*Annales de Médecine*, t. **44**, n° 2, Juillet 1938, p. 133-145). — Au cours d'examens chimiques du sang, systématiquement pratiqués chez des basedowiens et des myxœdémateux, D. a assez fréquemment rencontré des chiffres de chlore globulaire et plasmatiques différents des chiffres normaux. L'étude plus poussée de quelques cas particuliers l'a confirmé dans l'idée que les troubles du fonctionnement du corps thyroïde retentissent sur l'équilibre chloré.

Ses examens ont porté sur 14 basedowiens et 7 myxœdémateux. Comme terme de comparaison, il a également étudié la chlorémie de 20 sujets normaux de 20 à 40 ans. Les chiffres qu'il relate montrent que la maladie de Basedow tend à élever la chlorémie, tandis que le myxœdème tend à l'abaisser; les exceptions à la règle demeurent cependant nombreuses. Chez des basedowiens à forte chlorurémie, D. a étudié l'action du régime déchloruré et de la rechloruration: cette étude lui a montré que le sang de ces sujets présentait une affinité excessive pour le chlore. La chlorémie des basedowiens s'abaisse notablement, en même temps que le métabolisme basal, sous l'influence du traitement médical ou chirurgical, cette baisse étant plus accentuée au niveau des globules que dans le plasma. Expérimentalement, l'action de l'extrait thyroïdien sur le lapin adulte se traduit dans le même sens. Les troubles sont inverses mais moins évidents chez les myxœdémateux; plus marqués ici aussi au niveau des globules que dans le plasma.

Ces troubles du métabolisme chloré peuvent être mis à la base de certains symptômes mineurs des affections thyroïdiennes. Ils peuvent indiquer l'utilité du régime déchloruré au cours des syndromes hyperthyroïdiens, celle au contraire d'un régime hyperchloruré chez les myxœdémateux. Il ne s'agit du reste que d'indications accessoires, les traitements usuels des affections thyroïdiennes se montrant par eux-mêmes suffisamment efficaces.

L. RIVET.

ARCHIVES DE MÉDECINE DES ENFANTS (Paris)

P. Nobécourt, P. Ducas et **Scheinmann**. ***Diabète et tuberculose chez l'enfant*** (*Archives de médecine des enfants*, t. **41**, n° 7, Juillet 1938, p. 425-433). — *Chez l'adulte*, la tuberculose est une des causes principales de la mort des diabétiques, depuis que l'insulinothérapie a permis de juguler les poussées d'acidose. *Chez l'enfant*, atteint de diabète, la tuberculose reste rare. N., D. et S. ont pu suivre une vingtaine d'enfants diabétiques — certains pendant des années: dans quelques cas, ils ont découvert une tuberculose occulte et inactive; ils n'ont jamais observé de tuberculose évolutive.

1° *Influence de la tuberculose sur le diabète.* — *Chez l'adulte*, la tuberculose entraîne une aggravation du déséquilibre des glucides, l'apparition ou l'augmentation de l'acidocétose, l'installation d'une insulino-résistance relative.

Chez l'enfant, on retrouve les mêmes effets, quoique un peu moins marqués. Toutefois, quand le traitement diététique et insulinique est institué précocement et bien conduit, les effets de la tuberculose restent passagers.

2° *Influence du diabète sur l'évolution de la tuberculose.* — A l'inverse de ce que l'on observe parfois chez l'adulte, il est exceptionnel que la tuberculose joue le rôle d'infection déclenchante et permette de reconnaître le diabète: 18 fois sur 19 observations recueillies dans la littérature, le diabète précède l'apparition de la tuberculose de 1 à 8 ans.

L'allure évolutive et l'aspect de la tuberculose dépendent, comme chez l'adulte, de la correction et de la précocité du traitement du diabète, tant avant qu'après son apparition. Il est exceptionnel que la tuberculose ait un début aigu.

Dans la plupart des cas, la tuberculose n'a rien de spécial et son allure évolutive est celle qu'on observe généralement aux mêmes âges. Les signes physiques restent discrets. Les images radiologiques correspondent aux images classiques et, en particulier, au complexe hilaire primaire avec ou sans réaction focale. Chez certains enfants, la tuberculose peut prendre une allure sévère et se rapprocher de celle qu'on observe chez les diabétiques adultes, mais, d'une façon générale, la tuberculose reste bénigne à condition que la contamination reste discrète, fortuite, et que l'on puisse faire bénéficier l'enfant de l'action combinée de la diététique, du repos, de l'insulinothérapie et de la cure sanatoriale.

N., D. et S. ont recherché si l'infection tuberculeuse ne peut pas, du fait du diabète, être plus précoce chez l'enfant diabétique que chez l'enfant normal. Toutes les cuti-réactions effectuées par eux chez les enfants diabétiques ont été de tous points semblables à celles que l'on observe chez des enfants non diabétiques, et elles n'ont jamais eu de retentissement sur le diabète. Sur 18 malades qu'ils ont étudiés à ce point de vue, 9 ont eu une réaction positive. Peut-être les pourcentages de cutis positives sont-ils un peu plus élevés chez les enfants diabétiques que chez les autres enfants.

En somme, le diabète ne paraît pas modifier la réceptivité de l'enfant à la tuberculose. Celle-ci évolue chez lui avec ses caractères habituels et ne retentit sur le diabète que comme toute infection intercurrente. Les formes graves sont rares et la tuberculose évolutive n'apparaît pas comme une complication fréquente du diabète.

G. SCHREIBER.

BRONCHOSCOPIE, ŒSOPHAGOSCOPIE ET GASTROSCOPIE (Paris)

P.-G. Gerlings et **A. Polak**. ***Forme trachéo-bronchique de l'angiomatose hémorragique d'Osler*** (*Bronchoscopie, œsophagoscopie et gastroscopie*, n° 3, Juillet 1938, p. 175-180). — Il y a des cas d'hémoptysie dans lesquels les examens cliniques ou radiologiques ne décèlent aucune anomalie dans les poumons : ectasies veineuses de la muqueuse, de la trachée et des bronches, trachéite hémorragique, adénome d'une bronche souche, carcinome à son début d'une bronche de l'un des lobes

inférieurs. Dans tous ces cas, le diagnostic ne peut être posé qu'au moyen de la bronchoscopie. De même, au cours de la maladie d'Osler ou télangiectasie hémorragique héréditaire, des hémoptysies peuvent avoir pour cause l'ouverture de petits angiomes des muqueuses des voies respiratoires inférieures et seule une bronchoscopie permet de localiser l'origine de l'hémorragie. G. et P. rapportent deux observations de maladie d'Osler comportant un examen bronchoscopique, l'une de Cordier, Lagèze et Mounier-Kuhn, l'autre personnelle. Dans cette dernière, la bronchoscopie permit de découvrir un petit angiome de la trachée, situé près de la bifurcation, et une autre formation analogue dans la branche droite. Ces deux points ont été touchés à l'acide chromique, et, depuis, les hémoptysies ne se sont plus reproduites.

J. Leroux-Robert.

JOURNAL D'UROLOGIE
(Paris)

Augusto Cassuto (Rome). ***Sur l'hormonothérapie de l'hypertrophie de la prostate*** (*Journal d'Urologie*, t. **46**, n° 1, Juillet 1938, p. 34-46). — Dans ce travail, que l'on souhaiterait plus clair et plus précis, après un exposé assez confus du rôle joué par les hormones mâles, femelles et hypophysaires et quelques revendications de priorité dans la résection endoscopique, à qui devrait être rendu le nom de « Dièrèse », que lui a donné Bottini, l'auteur expose ses résultats personnels.

Il a traité, par des injections de propionate de testostérone (« ancstan »), jointes à l'administration de folliculine par la bouche, 35 malades. Dans 26 cas la pollakiurie a été heureusement influencée. Les résidus supérieurs à 200 cm^3 n'ont jamais diminué. Dans 5 cas, la prostate s'est un peu ramollie. Elle n'a jamais diminué de volume. Dans 20 cas, la pression artérielle a baissé; dans 10 cas, diminution de l'azotémie, parallèlement à une diminution des troubles fonctionnels. Nulle influence sur les grands distendus: sur 3 rétentionnistes chroniques, 2 ont été opérés, le troisième a refusé l'intervention. 2 succès dans la rétention aiguë. Le traitement hormonal, qui n'améliore en rien les suites de l'énucléation de l'adénome, atténue pollakiurie et dysurie dans les suites de la résection endoscopique (observé dans 15 cas). La dépression psychique des malades diminue durant les périodes de traitement.

L'emploi exclusif de folliculine à forte dose en injection n'a donné aucun résultat (5 cas).

Le traitement doit être intensif: une injection tous les jours ou tous les deux jours; procéder par série de 10 à 15 injections séparées par 8 à 15 jours de repos. Trois à quatre séries au moins. Il y a intérêt à continuer le traitement un à deux ans. Recourir non aux extraits glandulaires totaux, mais aux extraits spécifiques tels que le propionate de testostérone.

Le traitement hormonal n'est qu'un traitement palliatif, non négligeable dans les cas légers et dans les cas graves où le traitement chirurgical a échoué ou est impossible. Excellent adjuvant dans la résection endoscopique.

G. Wolfromm.

LE SANG
(Paris)

J. Chalier et **L. Revol**. ***Variations du myélogramme au cours de l'évolution de la scarlatine*** (*Le Sang*, t. **12**, n° 3, 1938, p. 241-252). — Par des ponctions sternales, pratiquées systématiquement chez les scarlatineux, C. et R. ont étudié l'évolution du myélogramme de ces malades. La première ponction a été pratiquée dès les premiers jours, en pleine éruption, les autres tous les 8 ou 10 jours, soit entre 8e et 15e jour, 15e au 25e jour, 25e au 40e jour. La moelle ramenée paraît plus épaisse, plus dense et plus riche en éléments dans les premiers jours. Elle se fluidifie ensuite.

En comparaison des modifications sanguines, qui ont été retrouvées telles qu'elles sont décrites classiquement (leucocytose élevée avec montée brusque des polynucléaires neutrophiles au début, puis retour à la normale, légère myélocytose neutrophile, régularité de la courbe d'évolution de l'éosinophilie, augmentation rapide des éosinophiles à partir du 2e jour, longue persistance d'une éosinophilie notable), la moelle osseuse a présenté les variations suivantes:

Dans les 15 premiers jours, apparition d'une neutrophilie importante, mais surtout d'un nombre considérable des formes immatures les plus jeunes, puis les éléments jeunes reviennent à un taux normal et les polynucléaires restent abondants. L'éosinophilie médullaire est très précoce, dès le premier jour, elle est aussi plus intense que dans le sang, elle tend à baisser ensuite. Elle est constante. Les éléments nucléés de la série rouge baissent au-dessous du chiffre normal, expliquant l'anémie relative à partir du 10e jour.

Après le 15e jour, la neutrophilie tombe au-dessous de la normale, l'éosinophilie diminue, pour subir un redressement à des taux élevés vers le 20e-25e jour. Elle redescend ensuite lentement à la normale. Il se fait au décours de l'affection une forte poussée érythroblastique.

Dans les 12 cas étudiés, il a été impossible d'établir les valeurs pronostiques et diagnostiques de ces variations de la moelle osseuse. Toutefois, C. et R. signalent un cas d'éruption scalatiniforme post-puerpérale dont le myélogramme a été très différent de celui d'une scarlatine vraie.

A. Escalier.

P. Emile-Weil. ***Myélose aplasique infantile familiale avec malformation et troubles endocriniens. Contribution à l'étude du syndrome de Fanconi*** (*Le Sang*, t. **12**, n° 4, 1938, p. 369-389). — E.-W. rapporte deux observations familiales (2 frères) d'enfants atteints, entre 7 et 9 ans, d'une anémie aplastique, ou mieux d'une myélose aplasique, qu'il ne faut pas confondre avec une anémie biermérienne, bien qu'elle soit hyperchrome avec diminution des plaquettes et des granulocytes.

Il y manquait notamment les troubles digestifs et l'efficacité de l'hépatothérapie. Le frottis de moelle était celui d'une moelle d'aplasie. Cette aplasie médullaire, sans étiologie nette, s'accompagnait de malformations (ectopie testiculaire avec atrophie et pigmentation) et, chez l'un des sujets, d'un syndrome adiposo-génital.

Ces cas se rapprochent de trois observations de Fanconi, dont les malades présentaient aussi une anémie hyperchrome avec infantilisme, pigmentation et atrophie testiculaire et, en outre, du strabisme. E.-W. présente un troisième cas, celui-ci sporadique, chez une fillette atteinte d'anémie aplasique avec purpura, obésité, pigmentation et une malformation de l'éminence thénar. Uehlinger a publié un cas sporadique analogue. Donc, hypoplasie médullaire, malformations et troubles endocriniens représentent les traits essentiels de ce syndrome. Peut-être tous les symptômes pourraient-ils se rattacher à un trouble unique endocrinien (thymique, hypophysaire, tubérien), mais cette pathogénie reste hypothétique. Beaucoup plus intéressant au point de vue pratique est l'amélioration considérable, tant au point de vue médullaire qu'au point de vue endocrinien, que l'auteur a obtenue depuis 4 ans dans un de ses cas, alors que tous les autres malades étudiés avaient succombé. Ce succès incontestable a été obtenu par l'opothérapie thymo-orchitique et surtout par des injections de propionate de testostérone. Il faut souligner cette action remarquable sur une anémie aplasique infantile, toujours mortelle dans la règle, d'un traitement endocrinien, qui n'est pas directement dirigé contre cette anémie.

A. Escalier.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Berlin)

B. Borries, **E. Ruska** et **H. Ruska**. ***Bactéries et virus photographiés au sur-microscope (avec une introduction sur la technique du sur-microscope)*** [*Klinische Wochenschrift*, t. **17**, n° 27, 2 Juillet 1938, p. 921-925]. — Le sur-microscope est un développement du microscope magnétique à électron. Ce microscope est fondé sur les notions suivantes. Autour d'un conducteur parcouru par un courant électrique, il apparaît un champ magnétique; un conducteur de ce genre peut de plus acquérir de l'énergie motrice en présence d'un champ magnétique. Cela est exact non seulement des conducteurs mais aussi des électrons et des rayons cathodiques qui peuvent subir une déviation magnétique. Cette propriété des électrons peut être utilisée dans un but optique car les rayons cathodiques peuvent être déviés par des « lentilles magnétiques » constituées par une bobine entourée d'un manteau de fer ne présentant qu'une fente étroite, perpendiculaire à l'axe de la bobine. Les extrémités libres du manteau de fer constituent les pôles magnétiques entre lesquels il existe un champ magnétique qui possède à un haut degré les propriétés d'une lentille convergente sans défaut. En traversant ce dispositif, les rayons électroniques sont déviés comme par une lentille ordinaire et subissent, en outre, une déviation en spirale. Le foyer de ces lentilles peut être modifié par l'intensité du champ magnétique. Ces radiations électroniques n'existent que dans le vide et l'image produite par elles ne peut être rendue visible que par un écran lumineux ou une plaque photographique.

Les illustrations de ce travail représentent des objets fixés sur une feuille de collodion de 20 mμ et vus par réflexion. Les différences de teinte obtenues sont dues au fait que l'objet diffuse d'autant plus les rayons qui l'atteignent normalement que la densité est plus élevée.

Dans le sur-microscope, la source lumineuse est en haut et l'oculaire en bas. Une cathode à haute tension placée au-dessus de la tête de l'observateur envoie des radiations verticalement dans l'appareil. Ces radiations sont condensées par une lentille et éclairent l'objet. La lentille qui représente l'objectif donne une image réelle et grossie qui peut être vue directement sur un écran intermédiaire. Une partie de cette image passe par un trou de l'écran intermédiaire et peut être grossie par la lentille de projection.

Dans beaucoup de cas il a été possible d'obtenir ainsi des grossissements de 20.000 diamètres. A côté des bactéries on peut mettre en évidence des formations de 10 mμ. L'image du *Bacterium coli* a montré que ce microbe est tantôt très dense et tout à fait homogène, tantôt, au contraire, très transparent avec quelques opacifications ici et là. On pourrait se demander s'il s'agit là de productions artificiellement créées par le vide ou par les rayons cathodiques. Mais, même s'il en était ainsi, ces constatations seraient intéressantes car toutes les bactéries ne présentent pas des aspects de ce genre. Les bacilles typhiques présentent d'ailleurs des apparences analogues. Leurs cils ne peuvent pas toujours être représentés. Les bacilles de la dysenterie ont une structure beaucoup plus homogène et présentent une membrane moins dense que le protoplasma. La membrane du bacille Y présente en outre de fines granulations tandis que celle du bacille Kruse-Shiga est homogène.

Le bacille de Bang possède également une membrane. Les virus sont facilement mis en évidence. Il en est ainsi pour les corpuscules de Paschen de la vaccine et pour le virus de l'ectromélie de la souris.

P.-E. Morhardt.

Dieckhoff et **Schüler**. ***Le traitement de la diphtérie toxique par la vitamine C et par l'hormone corticosurrénale*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **17**, n° 27, 2 Juillet 1938, p. 936-938). — Le traitement par la vitamine C associée à l'hormone de la corticosurrénale est vanté par certains auteurs alors que d'autres ne lui reconnaissent aucun effet. D. et S. ont également eu recours, depuis 1936, dans les cas sévères de diphtérie toxique, à ce traitement associé, à côté duquel ils ont d'ailleurs utilisé la sérothérapie à la dose, le premier jour, de 500 unités internationales par kilogramme de poids du corps, administrée pour une part par voie intraveineuse, puis ensuite de deux fois 2.000 unités internationales par jour, en injections intraveineuses jusqu'au moment où des fausses membranes commençaient à se détacher. L'administration d'hormone de la corticosurrénale et de vitamine C avait lieu, pour la première fois, en même temps que l'injection de sérum et les doses ont été de deux fois par jour 10 à 20 *cg.* d'un mélange de vitamine C et d'hormone de la corticosurrénale (Cortidyn) à parties égales. Il a été traité ainsi 93 enfants qui présentaient tous des phénomènes toxiques avec membranes étendues assez souvent extra-amygdaliennes, œdème périganglionnaire s'étendant parfois jusqu'à l'ouverture supérieure du thorax. Dans 51 de ces cas, le nez présentait des lésions diphtériques. L'état général était toujours très profondément altéré.

Le traitement symptomatique a consisté le plus souvent à administrer des médicaments à action tonifiante sur les vaisseaux et cliniquement voisins de l'adrénaline (sympathol et veritol) ainsi que de la digitale.

L'état général n'a été aucunement modifié par le traitement avec l'hormone corticosusrrénale et avec la vitamine C. Malgré ces médicaments, les enfants, aussi bien ceux qui sont morts plus tard que ceux qui ont guéri, restèrent apathiques et inquiets. Par contre, l'influence sur la diathèse hémorragique qui est un signe de gravité de l'intoxication diphtérique a été très favorable. Cette tendance aux hémorragies qui est observée chez les enfants traités exclusivement par le sérum dans 70 à 92 pour 100 des cas n'a été observée avec ce traitement associé que dans 31 à 44 pour 100 des cas. La myocardite a été constatée chez pratiquement tous les enfants traités par l'association d'hormone et de vitamine (altération du segment auriculaire ou du segment intermédiaire).

Les paralysies précoces ou tardives ont apparu aux mêmes moments et ont été aussi sévères chez les enfants traités par la vitamine et l'hormone que chez les enfants traités exclusivement par le sérum. La mortalité a été également à peu près la même, soit 51 pour 100 dans le premier groupe et 57 pour 100 dans le second. Il ne semble même pas que le traitement par l'hormone et la vitamine ait retardé le moment de la mort.

Les expériences faites en clinique sont donc en contradiction avec les constatations expérimentales après intoxication par la toxine diphtérique. La raison en est sans doute que cette association médicamenteuse n'agit que sur la toxine diphtérique circulante et non sur celle qui est fixée dans les tissus.

P.-E. Morhardt.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (Vienne)

Eppinger. ***Considérations sur le régime végétarien cru (« Rohkost »)*** [*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **51**, n° 26, 1er Juillet 1938, p. 702-710]. — Dans un premier chapitre E. expose sa conception du métabolisme des minéraux : dans le système constitué par 3 milieux, les cellules, le plasma, et un milieu interstitiel qui les sépare, existe un échange en sels minéraux. L'observation d'organismes végétaux très simples (algues) comme de l'organisme humain montre qu'il ne s'agit pas d'un mécanisme de « diffusion » simple, tendant à réaliser un équilibre permanent entre la teneur en divers sels des 2 milieux, mais de ce que E. qualifie de « perméabilité dirigée » : la cellule saine choisit dans le plasma ce dont elle a surtout besoin, le K et le Po_4, et exerce au contraire une barrière vis-à-vis de corps dont le sang contient une beaucoup plus grande quantité, le Na et le Cl. Survient-il une lésion de la paroi capillaire ou de la cellule, on assiste alors à une diminution ou à une disparition de ce pouvoir sélectif qui est l'apanage de l'organisme sain. Ainsi, ce dernier tolère des rations excessives de Na ou de K sans que le bilan des minéraux soit modifié. Chez certains malades, au contraire, on observe, à la suite d'un régime calcique par exemple, une augmentation de l'élimination de K et inversement, d'où l'action des sels de K dans certains œdèmes.

Après cet exposé théorique, E. expose les résultats que donne la « Rohkost », alimentation par les végétaux crus réalisant un régime pauvre en NaCl et très riche en Po_4 et en K, dans les troubles du métabolisme minéral.

Ce régime, visant à enrichir la cellule en K et à l'aider à se débarrasser du Ca qu'elle contient en excès, n'est jamais appliqué plus de quelques semaines. Il n'a jamais entraîné de troubles de la nutrition en général, ni de troubles du fonctionnement gastrique. Par contre, il atteint fréquemment son but, et on assiste à une rétention du K, cependant que l'élimination du Na et de Cl augmente parallèlement. En outre, le régime tend à diminuer la flore microbienne de l'intestin et exerce une action antagoniste vis-à-vis de l'hypertonie vasculaire et de l'hypertension.

Les affections traitées avec succès par le « Rohkost » sont les suivantes :

Les œdèmes cardiaques résistant aux diverses thérapeutiques : on voit alors fondre les œdèmes et il y a élimination massive de NaCl.

Les néphrites, en particulier la glomérulonéphrite aiguë où la fonte des œdèmes et la chute de la tension artérielle sont d'une rapidité surprenante si on a le soin de précéder le régime par 2 ou 3 jours de diète. Dans la néphrite chronique, les résultats sont moins satisfaisants.

L'hypertonie : avec un régime végétarien strict on voit, dans la moitié des cas, une chute sensible de la tension artérielle, qui remonte si on reprend le régime normal.

Les maladies du parenchyme hépatique, ictère catarrhal et cirrhoses.

Les états fébriles avec fièvre haute ou persistante : certaines pneumonies prolongées, les endocardites, et surtout les rhumatismes infectieux où l'on associe le régime au pyramidon.

Il est bien entendu qu'au régime doivent être associées les diverses thérapeutiques habituelles. Peut-on, d'autre part, substituer à la « Rohkost » l'administration d'une préparation saline riche en Po_4 et en K? L'expérience montre que ce mode de traitement est voué à l'insuccès, la R. K. agissant non seulement par sa teneur en sels minéraux, mais par sa richesse en vitamines et divers autres facteurs.

E. donne alors les schémas du traitement tel qu'il est appliqué à la clinique médicale de Vienne, sous deux modalités employées suivant la tolérance du malade et la gravité de l'affection : régime modéré et régime strict. Pour la préparation, il renvoie aux manuels et aux directives de Bircher-Renner.

Basch.

Witzenberger. ***De la valeur de la tension diastolique pour le diagnostic des hyperthyroïdies*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **51**, n° 26, 1er Juillet 1938, p. 711-713). — On sait que la tension diastolique est anormalement basse dans la maladie de Basedow; si on mesure cette T. D. par la méthode auscultatoire, il arrive que l'on perçoive encore le battement diastolique quand le manomètre marque 0. On entend alors le « spontanton ». Ce phénomène peut s'observer quelquefois chez des individus bien portants au niveau d'un gros vaisseau comme la fémorale, ou après injection de 1/2 à 1 *mg.* d'adrénaline (test d'Alsmeer) au niveau de l'artère humérale; il s'agit alors, pour le moins, de sujets présentant un déséquilibre neuro-végétatif.

Dans certains cas où on ne peut affirmer le diagnostic d'hyperthyroïdie, l'épreuve de l'adrénaline peut être très utile : si après injection d'adrénaline la T. D. s'abaisse sensiblement, on ne peut que parler du déséquilibre cité plus haut; mais si elle s'abaisse si nettement qu'apparaît le phénomène du « spontanton » au niveau de l'artère humérale, le bras étant horizontal, on peut affirmer l'hyperthyroïdie.

Le contrôle de la T. D. est aussi un excellent critérium pour juger de l'action du traitement iodé avant thyroïdectomie : on peut considérer le malade prêt pour l'intervention lorsque le « spontanton » disparaît à l'humérale et à la fémorale, même après épreuve de l'adrénaline. Ce résultat peut être obtenu suivant les cas avec des doses variant de quelques gouttes à plusieurs dizaines de grammes.

Ce procédé diminue les risques opératoires et il y a avantage à réadministrer le Lugol après l'intervention.

Basch.

Wegierko. ***L'apport de calories, et en particulier d'hydrates de carbone dans le traitement du diabète*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **51**, n° 26, 1er Juillet 1938, p. 713-718). — W., en s'appuyant sur un certain nombre d'observations et sur des travaux antérieurs, affirme que le diabète sucré n'est pas seulement un trouble du métabolisme des H. de C., mais résulte de perturbations dans l'assimilation de tout le matériel calorique reçu. Les H. de C. sont, pour le diabétique, le meilleur des aliments et doivent lui être fournis en plus grande quantité que les albumines et les graisses, les succédanés devant être proscrits. L'essentiel, chez un diabétique, est d'obtenir un bilan positif des H. de C., l'élimination urinaire de quelques grammes de sucre devant être considérée comme négligeable si le malade ne ressent aucun des symptômes accompagnant la glycosurie et se porte bien.

C'est la mauvaise assimilation des calories en général et des H. de C. en particulier qui est à l'origine des complications du diabète; le but essentiel du traitement doit donc être d'augmenter cette assimilation et dans l'insulinothérapie les H. de C. doivent être administrés en quantité aussi grande que possible.

Enfin, l'expérience montre qu'un régime riche en H. de C., loin d'épuiser les facultés d'assimilation de l'organisme, les augmente à la longue. D'autre part, l'administration prolongée de grosses doses d'insuline n'est nullement nocive et n'entraîne aucun inconvénient.

Basch.

Kamniker. ***Traitement de l'incontinence d'urine féminine*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **51**, n° 26, 1er Juillet 1938, p. 719-720). — Tous les gynécologues connaissent la fréquence d'un degré plus ou moins marqué d'incontinence vésicale chez les femmes d'un certain âge, trouble consécutif soit à un traumatisme obstétrical ancien ayant touché le sphincter, soit à une cystocèle, soit à une atrophie sénile des organes génitaux externes et des régions voisines de l'appareil urinaire. En présence de l'échec de toutes les méthodes conservatrices (massage, traitements électriques divers, etc.) et de l'échec partiel non rare de la colphopérinéorrapie, K. a usé d'une nouvelle méthode chirurgicale : la réfection du muscle pyramidal pelvien.

En un premier temps, abdominal, K solidarise le muscle à un faisceau tendineux inséré comme lui sur la symphyse, et fait sortir du bassin le cordon ainsi constitué par un canal passant entre la symphyse et la vessie. Dans un 2e temps, vaginal, il croise les fibres de ce faisceau en avant du col vésical, et reconstitue autour de ce col un nouvel anneau musculo-tendineux suppléant ou renforçant le sphincter déficient.

K. ne s'est attaqué qu'à des cas sévères ou non améliorés par d'autres opérations et eut des résultats remarquables et durables. BASCH.

Raab et **Klare.** ***Diminution de la sécrétion acide de l'estomac par une vaso-constriction locale*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **51**, n° 27, 8 Juillet 1938, p. 728-729). — On a tenté d'agir sur l'hyperacidité gastrique par diverses thérapeutiques soit neutralisantes, soit isolantes. Les auteurs ont essayé d'agir sur les glandes des zones sécrétoires de la muqueuse gastrique non pas par l'intermédiaire du système nerveux mais directement en déterminant une vaso-constriction locale à l'aide d'adrénaline administrée *per os* à grosse dose. Une dose de 5 *mg.* n'influence pas la sécrétion, tandis que l'absorption de 20 *mg.* détermine une chute sensible de la courbe d'acidité, la durée de l'évacuation gastrique augmentant en même temps; l'essai thérapeutique est fait après repas d'épreuve (café ou thé et pain).

Des essais analogues ont été pratiqués avec des substances de constitution chimique très voisine de celle de l'adrénaline: le « stryphnon », qui donne de très bons résultats mais à assez fortes doses (20 cm^3 d'une solution à 5 p. 100), et l' « adrianol » dont XV gouttes diluées dans 50 cm^3 de liquide auraient suffi dans les quelques cas observés à permettre de diminuer, puis suspendre la cure alcaline. BASCH.

Meller et **Tschofen.** ***Diagnostic et traitement des douleurs thoraciques*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **51**, n° 27, 8 Juillet 1938, p. 731-732). — Chez les malades qui se plaignent de douleurs thoraciques, il est fréquent de retrouver dans les antécédents soit un traumatisme minime qui a pu passer inaperçu, soit une angine ou une bronchite ayant déterminé des efforts anormaux des muscles du thorax. Partant de l'idée qu'il s'agit là de spasmes musculaires prolongés, M. et T. ont essayé d'utiliser l'action du chlorure d'éthyle, puis, en raison de l'irritation cutanée provoquée par ce corps, y ont substitué un mélange dans la composition duquel entrent en outre des corps cétoniques hydroaromatiques et une huile éthérifiée (« Panacaïne »).

Les auteurs ne donnent pas la technique du traitement, mais auraient obtenu les meilleurs résultats dans les cas précités, dans les douleurs ressortissant à un rhumatisme musculaire, et même dans certaines séquelles de pleurite. L'échec du traitement serait une forte présomption en faveur de la nature inflammatoire du processus en cours, ou en faveur de l'existence d'un foyer infectieux (amygdalien, dentaire ou autre). Les échecs s'observent aussi chez les hypertendus et chez les gens âgés (mauvaise réaction vasculaire), ainsi que dans les hyperthyroïdies. BASCH.

ZEITSCHRIFT für TUBERKULOSE (Leipzig)

Rothkopf. ***L'insuffisance respiratoire dans la tuberculose pulmonaire cavitaire*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, t. **80**, n° 4, 1938, p. 228-237). — Mesurer la valeur de la fonction pulmonaire, c'est mesurer l'oxygénation du sang veineux. R. a fait cette étude chez environ 100 malades, dont certains avaient subi des thérapeutiques chirurgicales, et il a utilisé la méthode spirométrique et l'appareil de Knipping.

Dans un premier temps, il mesure les échanges gazeux du malade au repos (la respiration se faisant dans l'air, puis dans l'oxygène); dans un second temps, quand les malades peuvent le supporter, il fait sa mesure pendant l'épreuve du travail (épreuve faite à l'aide d'un ergomètre électrique). On détermine ainsi le volume de gaz absorbé par minute (A.M.V.), le volume de O_2, le déficit artériel (différence de l'absorption de O_2 en atmosphère d'air ou d'oxygène), le déficit caché (diminution de l'A.M.V. en atmosphère de O, le volume de O_2 absorbé restant le même), la capacité vitale, la valeur respiratoire limite, aération maxima à la minute, etc...

R. résume une observation type: malade atteint d'une tuberculose ouverte, active, du stade III, et donne les résultats obtenus dans ce cas après échec du pneumothorax : 1° augmentation de l'A.M.V. dans la respiration aérienne au repos, l'absorption de O_2 étant normale (*insuffisance compensée*); diminution de l'A.M.V. en atmosphère de O_2, l'absorption de O_2 n'étant pas modifiée (*déficit caché*).

2° Insuffisance non seulement respiratoire, mais cardiaque, manifeste déjà quand l'ergomètre électrique indique 50 watts.

Dans 40 à 50 pour 100 des cas, on note une insuffisance respiratoire au repos; dans 30 à 40 pour 100, un déficit artériel pendant l'épreuve de travail.

L'étude globale des résultats montre que dans les tuberculoses pulmonaires graves avec pneumothorax incomplet, adhérences pleurales, ou après thoracoplastie et pleurolyse, la fonction pulmonaire est diminuée, mais d'une façon très variable (une fonction normale n'a été trouvée que dans 1 à 3 pour 100 des cas); de même la fonction cardiaque. BASCH.

BRUXELLES MEDICAL

A. Hougardy. ***Epidémiologie et prophylaxie de la spirochétose ictéro-hémorragique ou maladie de Weil*** (*Bruxelles Médical*, t. **18**, n° 35, 3 Juillet 1938, p. 1163-1172). — La spirochétose ictérohémorragique est due à un leptospire dont le rat est le vecteur principal. On le rencontre là où se trouvent ces rongeurs, d'une façon générale, dans les eaux de rivière ou de canaux, les piscines en eaux libres, les eaux d'égout, les boues. La contamination est souvent professionnelle, chez les égoutiers, les mineurs, les vanniers, les pêcheurs; on a signalé aussi la fréquence de cette maladie chez les porchers, les bouchers et les charcutiers, les poissonniers. On la rencontre chez les sujets vivant dans des maisons infestées de rats, chez les employés chargés de l'enlèvement des immondices, les garçons brasseurs, etc.

La prophylaxie consiste à poursuivre la dératisation systématique. Les procédés mécaniques, les pièges, la chasse sont encore les meilleurs. l'emploi des toxiques n'est pas sans danger, et les virus raticides sont des armes à deux tranchants.

Le meilleur moyen de mettre les rats hors de cause est encore de les affamer.

La prophylaxie de la spirochétose ictéro-hémorragique bénéficiera largement de l'assainissement des eaux et des mesures d'hygiène générale: maisons bien construites, égouts bien aménagés, piscines de natation bien surveillées, population éclairée sur ses devoirs en matière d'hygiène. ROBERT CLÉMENT.

Percival Bailey (Chicago) et **M.-L. Ectors** (Bruxelles). ***Particularités des tumeurs intracraniennes chez l'enfant*** (*Bruxelles Médical*, t. **18**, n° 38, 24 Juillet 1938, p. 1253-1264). — Les tumeurs intra-craniennes sont relativement fréquentes chez l'enfant. La courbe de fréquence fait un sommet vers l'âge de 12 ans. Certaines tumeurs, fréquentes chez l'adulte, sont exceptionnelles chez l'enfant, par exemple les méningiomes, les neurinomes de l'acoustique, les adénomes de l'hypophyse, les gliomes. Au contraire, chez l'enfant prédominent les médulloblastomes, les astrocytomes du cervelet, les craniopharyngiomes et les épendymomes.

Chez l'enfant, surtout chez les nourrissons, les symptômes d'hypertension intra-cranienne sont souvent absents ou négligeables : les os du crâne ne se soudent que vers la puberté; avant cette période, toute augmentation de la pression intra-cranienne élargit facilement les sutures et augmente le volume de la cavité intra-cranienne. Chez le nourrisson, le symptôme le plus constant est l'élargissement de la tête.

Au cours de la seconde enfance, le symptôme le plus fréquent est le vomissement qui peut précéder les céphalées et l'élargissement de la tête. On peut rechercher le bruit de pot fêlé par percussion de la tête de l'enfant.

Le traitement des tumeurs intra-craniennes est presque exclusivement chirurgical. Les gliomes du tronc du cerveau et du chiasma optique ne peuvent être enlevés. Les médulloblastomes du cervelet n'ont jamais pu être enlevés complètement et la mortalité opératoire est de plus de 30 pour 100. Le mieux est de se limiter à une trépanation décompressive. Les astrocytomes sont facilement opérables, la mortalité opératoire ne dépasse pas 5 pour 100 et les malades sont définitivement guéris. Le cranio-pharyngiome peut être enlevé, mais la mortalité par hyperthermie est de 20 à 25 pour 100. Les papillomes dermoïdes et épidermoïdes peuvent être enlevés avec succès, mais ils sont rares. La radiothérapie ne donne que des résultats transitoires. ROBERT CLÉMENT.

ENDOCRINOLOGY (Los Angeles)

F. L. Hisaw et **R. O. Greep.** ***Inhibition de l'hémorragie utérine au moyen de l'oestradiol et de la progestérone. Modifications concomitantes de l'endomètre*** (*Endocrinology*, t. **23**, n° 1, Juillet 1938, p. 1-15). — Le rôle joué par les hormones folliculaires et le corps jaune dans le développement de l'endomètre est bien établi, du moins du point de vue qualitatif. Chez les animaux castrés, les phénomènes normaux, associés à la moitié folliculaire du cycle menstruel du singe, peuvent être rétablis au moyen d'injections quotidiennes d'œstrine. De même, la progestérone permet de rétablir les phénomènes constatés dans le tractus génital pendant la moitié lutéinique du cycle menstruel chez les singes castrés. La propriété qu'ont ces hormones d'empêcher l'hémorragie utérine est également bien connue. L'œstrine empêche l'hémorragie post-opératoire habituellement consécutive à la castration totale chez le singe. La dose nécessaire dépend du moment du cycle menstruel où les ovaires sont enlevés. Avant l'ovulation, de petites doses suffisent, mais à mesure que l'endomètre revêt l'état prémenstruel, il devient plus difficile d'empêcher l'hémorragie. La progestérone jouit des mêmes propriétés, mais son action d'arrêt est bien plus prolongée. Cette action synergique des deux hormones est plus efficace quand elles sont administrées simultanément plutôt que l'une après l'autre.

Dans ces recherches, H. et G. ont cherché à établir la quantité relative d'œstradiol pur (di-hydrofolliculine) et de progestérone synthétique nécessaire pour empêcher l'hémorragie consécutive à la castration et se prolongeant après traitement par l'œstrine (100 unités par jour) et pour permettre le développement d'un endomètre prémenstruel.

L'hémorragie est empêchée pour 9 à 10 jours en administrant 50 unités d'œstrine par jour. 1/2 unité de progestérone par jour diffère l'hémorragie de 15 à 25 jours, et 1 unité, de 44 jours, après quoi elle se montre dans les 4 à 7 jours, si

LES DÉSINFECTIONS PRÉVENTIVES
LES DÉSINFECTIONS EN COURS DE MALADIE
LES DÉSINFECTIONS MASSIVES

par les brumes désinfectantes de

PARAGERM

se justifient et s'imposent une fois de plus, après les dernières études de la méthode, faites par des personnalités qualifiées.

Étude sur le **sang d'animaux** (lapins, cobayes, souris blanches) soumis pendant plusieurs mois à des brumisations quotidiennes de PARAGERM et constatations de l'**absence de modifications sanguines,** même après un **usage prolongé et intense.**

L'examen des **coupes histologiques** de tissus pulmonaire, splénique, hépatique, rénal et intestinal des animaux en question ci-dessus **ne révèle aucune altération.**

Constatation du pouvoir mortel et du pouvoir infertilisant du PARAGERM concentré vis-à-vis du **bacille tuberculeux.**

Action bactéricide de la brume de PARAGERM sur le **bacille diphtérique.**

La méthode PARAGERM est agréée par le

MINISTÈRE DE LA MARINE

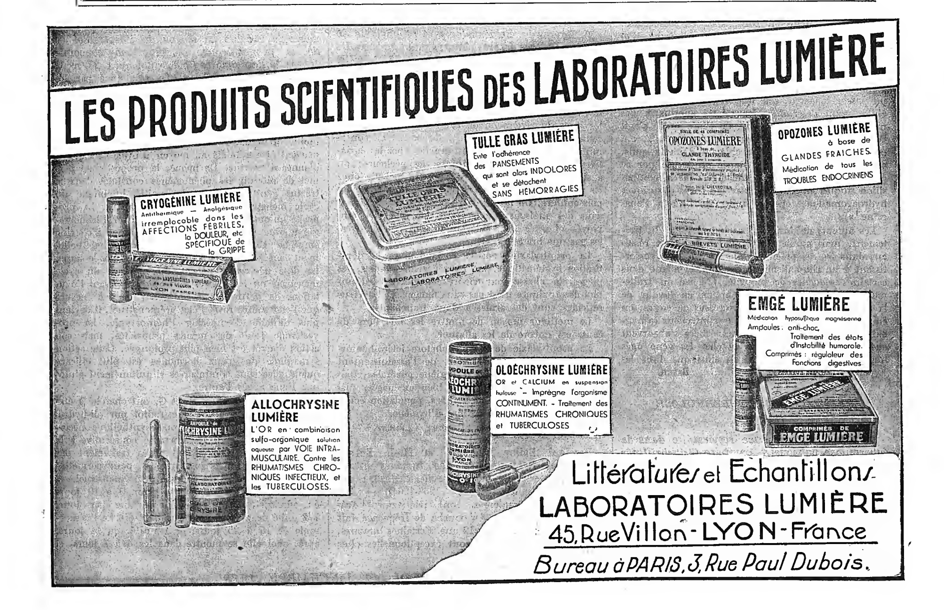
depuis Juillet 1938, à la suite d'expériences cliniques comparatives et d'études bactériologiques et physiologiques, contrôlant les travaux relatés dans notre méthode.

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

aux Établissements L. D. P.

(Laboratoires du Paragerm et de Produits Chimiques)

151, avenue de Neuilly, NEUILLY-s/-SEINE (Seine)



la dose est réduite à 1/2 unité. Quand l'œstrine et la progestérone sont injectées simultanément, 25 unités d'œstrine + 1/4 d'unité de progestérone par jour inhibent l'hémorragie pendant 8 à 15 jours; 25 unités + 1/2 unité, pendant 24 jours au moins; 50 unités + 1/4 d'unité, pendant 28 jours, et 50 unités + 1/2 unité ont été faites pendant 22 jours sans que l'hémorragie apparaisse.

Les quantités de progestérone qui n'empêchent pas l'hémorragie assez longtemps pour permettre le développement d'un endomètre prémenstruel, quand elles sont injectées seulement à la suite d'un traitement par l'œstrine, déterminent une réaction prémenstruelle quand elles sont administrées simultanément avec une dose convenable d'œstrine. 50 unités d'œstrine + 1/4 d'unité de progestérone par jour provoqueront une modification histologique prégravidique marquée en 22 jours, tandis que 25 ou 50 unités + 1/2 unité de progestérone injectées pendant le même laps de temps détermineront une modification prémenstruelle complète. L'hémorragie provenant de ces muqueuses utérines n'est pas différée par 50 ou 100 unités d'œstrine par jour, mais elle peut l'être par 500 unités. Quand l'hémorragie d'un endomètre qui a subi la modification prémenstruelle est empêchée par l'œstrine (500 unités), l'aspect histologique redevient typiquement celui que provoque l'action de l'œstrine. Un tel endomètre peut reprendre le caractère prémenstruel en injectant 100 unités d'œstrine + 1 unité de progestérone par jour, après quoi l'hémorragie ne peut plus être empêchée par 500 unités d'œstrine par jour. Ainsi un endomètre présentant les effets de l'œstrine peut subir la modification prémenstruelle, puis revêtir l'état provoqué par l'œstrine, puis de nouveau l'état prémenstruel sans intervention de l'hémorragie.

On trouve une grosse quantité de glycogène dans les glandes utérines quand on injecte 100 unités d'œstrine par jour pendant 20 jours ou plus; cette quantité augmente si l'on force les doses. Malgré cette abondance, bien peu de glycogène semble être déversé dans les lumières glandulaires. Par contre, la progestérone détermine à la fois la formation et l'excrétion du glycogène. Ces deux hormones provoquent le dépôt de glycogène dans certaines grandes cellules disséminées dans le stroma. Rares quand on injecte 100 unités d'œstrine pendant 20 jours, elles existent constamment quand on fait de grosses doses d'œstrine ou de progestérone.

P.-L. Marie.

RADIOLOGY
(Syracuse)

L. Solis-Cohen et **S. Levine.** ***Diagnostic radiologique de l'obstruction intestinale aiguë complète ou partielle*** (*Radiology*, t. **31**, Juillet 1938, p. 8-14). — Les heureux résultats d'une intervention pour obstruction intestinale aiguë dépendent avant tout d'un diagnostic précoce, et les auteurs sont d'avis que le radiologiste a, dans ce but, un rôle important à jouer. Les troubles que provoque l'iléus dans le péristaltisme, la sécrétion, et l'absorption se traduisent par une accumulation de gaz et de liquide dont l'aspect radiologique est caractéristique.

L. S.-C. et S. L., rappelant la division en 6 segments du grêle (duodénum, transverse de l'hypocondre gauche, transverse lombo-pelvien gauche, vertical hypogastrique et paraombilical, vertical lombaire droit, vertical iliaque, parapelvien et hypogastrique inférieur droit), insistent sur les difficultés que peut présenter le diagnostic du siège de l'obstruction.

Après avoir décrit les principales manifestations radiologiques que l'on peut observer aux différents stades et dans les diverses formes d'obstruction, les auteurs considèrent que les aspects en « épingles à cheveux », et les poches gazeuses que l'on peut voir au niveau du grêle, sont parmi les signes les plus précoces de l'obstruction intestinale aiguë. L'absence de l'image « en marches d'escalier » ne saurait faire rejeter le diagnostic d'iléus; il conviendra d'examiner les sujets suspects en toutes positions, décubitus dorsal et ventral, debout..., d'associer étroitement les données radiologiques et cliniques en vue de différencier les obstructions dynamiques et mécaniques, de répéter fréquemment les examens aux rayons dans les cas douteux afin de suivre la progression des gaz dans le grêle. L'on ne devra pas oublier non plus que l'obstruction intestinale peut coexister avec quelque autre lésion abdominale qu'il faudra s'efforcer de ne pas méconnaître à l'examen.

Morel Kahn.

G. Esguerra-Gomez. ***A propos du rôle de la radiologie dans le diagnostic d'amibiase*** (*Radiology*, t. **31**, Juillet 1938, p. 15-34). — L'amibiase « *Entamoeba histolytica* » est fréquente en Colombie, et, si elle l'est un peu moins là où le climat est plus froid et l'altitude élevée, il n'en reste pas moins cependant qu'à Bogota, où ces conditions sont réunies, l'examen des selles a été positif dans 20,16 pour 100 des cas (sur 6.540). Malgré que le Corps Médical colombien connaisse bien cette question de l'amibiase, et soit prévenu à son sujet, nombreux cependant sont les cas méconnus en raison de la variabilité des signes cliniques; si les sujets atteints de crise aiguë ou de récidive n'échappent pas au médecin, si les porteurs de germes sans signes cliniques ne sont pas examinés aux rayons, par contre l'examen radiologique est particulièrement indiqué chez les sujets atteints d'amibiase chronique, sans manifestations dysentériques, et atteints de symptômes variés. Dans de tels cas, chez des individus se plaignant de troubles digestifs, l'examen radiologique a permis dans 4 pour 100 des cas (sur 5.067) de porter un diagnostic d'amibiase qui fut par la suite confirmé; l'auteur, d'ailleurs, ayant recours à un examen complet, a pu reconnaître certains signes qui lui ont permis de confirmer le diagnostic.

Chez 25 sujets soumis à une étude radiologique, proctoscopique et de laboratoire sévère, G. E.-G. a pu observer lors de la période aiguë de l'infestation, ou peu après, des manifestations identiques à celles du stade chronique.

G. E.-G. signale, sans cependant omettre les travaux de Speder entre autres, la pauvreté de la littérature ayant trait à l'étude de l'amibiase.

Parmi les observations relevées par l'auteur, signalons: une rétention gastrique notable après la 6e heure; des épreuves cholécystographiques négatives chez des sujets se plaignant de douleurs vésiculaires (avec bile normale) disparaissant après traitement antiamibien; une augmentation fréquente du volume du foie avec déformation de l'angle colique droit, sans anomalie duodénale ou iléale; une accélération initiale fréquente, suivie d'un ralentissement du transit cæco-colique; une exagération nette des indentations coliques portant surtout sur les transverses était fréquente, alors que parfois il a pu noter une répartition inégale du repas opaque dans un côlon peu indenté, atonique et aérocolique. Les signes radiologiques les plus fréquemment observés ont été une induration segmentaire des parois cæcale ou colique avec contours en « dents de scie », signes qui, localisés en certains segments intestinaux isolés, sont caractéristiques d'ulcérations à leur niveau.

G. E.-G. considère que l'examen par la méthode des plis muqueux n'est guère utile dans l'amibiase.

A part la période initiale de l'infestation, les mêmes signes s'observent dans les périodes aiguës et chroniques, et surtout dans les régions suivantes: côlon descendant, segments adjacents aux angles hépatique et splénique, sigmoïde; en général les lésions rectales, en dehors des procédés d'imprégnation des muqueuses, passent inaperçues tant après repas opaque qu'après lavement.

Morel Kahn.

NEDERLANDSCH TIJDSCHRIFT VOOR GENEESKUNDE
(Amsterdam)

C. W. Bottema. ***Les résultats d'un traitement associé et énergique au salvarsan de la syphilis récente*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. **11**, n° 24, 11 Juin 1938, p. 2977-2985). — Dans la marine néerlandaise on traite des syphilis primaires avec réaction sérologique négative par l'administration au total de 6 à 8 *g.* de néosalvarsaan combiné à 12 injections de bismuth. Quand les réactions sont positives et quand il s'agit de syphilis secondaire, les doses sont de 10 à 12 *g.* de néosalvarsaan et de 20 injections de bismuth. Après ce traitement, les malades sont surveillés pendant tout leur temps de service grâce à l'emploi d'un système de carte individuelle introduit depuis 1918. Le sang de ces sujets est régulièrement contrôlé et, une fois tous les 5 ans, on procède à un examen général. On est arrivé ainsi à réunir des renseignements sur 503 sujets traités de cette façon et infectés il y a plus de 5 ans.

Dans 86 cas le traitement a commencé à la période séro-négative. Sur ce nombre, on compte 82 guérisons après une première cure; il y a eu 3 récidives cliniques et une récidive sérologique. Dans 9 cas il est survenu une réinfection. Dans 35 de ces cas, une ponction lombaire fut pratiquée et les épreuves furent trente fois toutes négatives. Trois de ces cas présentèrent chacun une réaction pathologique faible. Ainsi le nombre des guérisons survenues chez ces sujets observés pendant 5 ans au moins et 20 au plus s'est élevé à 95,3 pour 100, chiffre qu'un traitement ultérieur a porté à 98,8 pour 100.

Chez 73 malades, la réaction avant le traitement n'a pas pu être connue (matelots navigants). Chez ces sujets on a constaté 66 guérisons (90,4 pour 100). En outre, chez 6 malades, les symptômes finirent par disparaître complètement, de sorte que le nombre des guérisons s'élève à 98,6 pour 100.

Dans 148 cas, le traitement débuta alors que les séroréactions étaient positives. La guérison après la cure fut observée 119 fois et il y eut 7 récidives cliniques, 22 récidives sérologiques et 25 guérisons après renouvellement du traitement, suivi lui-même de 4 récidives. Dans 13 cas, il y eut réinfection. La ponction lombaire fut pratiquée 51 fois et, dans 48 cas, elle donna des résultats entièrement négatifs. Dans 3 cependant une des réactions fut positive.

Les 196 sujets atteints de syphilis secondaire ont guéri 176 fois après la première cure et ont présenté 5 récidives cliniques, 15 récidives sérologiques, 13 guérisons après une nouvelle cure suivie elle-même de 7 récidives. Au total, 7 sujets ne guérirent pas. Les 83 ponctions lombaires ont donné un liquide qui donna 75 fois des réactions entièrement négatives. Dans ce groupe, le nombre des guérisons s'est donc élevé à 98,8 pour 100 après la première cure et à 96,9 pour 100 après la cure suivante.

Au total, sur ces 503 cas, 88 pour 100 guérirent après la première cure et 97,4 pour 100 n'ont plus présenté aucun symptôme.

En ce qui concerne les 16 cas qui présentaient de légères modifications du liquide céphalo-rachidien, il semble d'après B. impossible de faire un pronostic.

Le résultat obtenu par la cure combinée et énergique a été comparé avec ce qui a été observé chez 158 syphilitiques non traités, 551 syphilitiques traités par le mercure et 357 syphilitiques traités simplement par le salvarsaan à doses modérées. Dans ces 3 groupes les symptômes ont entièrement disparu dans une proportion qui a varié de 1,2 pour 100 (non traités) à 47 pour 100 (mercure) et à 79.5 pour 100 (salvarsan à doses modé-

rées). Les complications viscérales diverses ont été observées chez les malades traités énergiquement dans la proportion de 0,8 pour 100 alors que dans les groupes non traités ou insuffisamment traités les proportions ont varié de 10 à 24,6 pour 100.

P.-E. MORHARDT.

J. H. van den Berg. ***Un cas de rachitisme tardif très grave*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. **11**, n° 26, 25 Juin 1938, p. 3202-3207). — B. donne l'observation d'un idiot de 18 ans, entré à l'hôpital pour prolapsus du rectum. Ce malade, petit et très maigre, présentait divers stigmates de rachitisme: bosses frontales très prononcées, denture rachitique, épiphyses distales du radius et du cubitus élargies des deux côtés, jambes repliées sous le corps et fixées dans cette position. Tous les mouvements passifs et actifs étaient très douloureux. Le bassin était très étroit. Le prolapsus du rectum atteignait près de 15 *cm*. Dans le sang on trouva 10,2 pour 100 *g*. de Ca et 3,4 pour 100 *g*. de P. On constata, en outre, une décalcification du squelette avec corticale très mince, fractures ou infractions nombreuses avec cals non calcifiés, cause de courbures anormales très prononcées et douloureuses à la pression.

Des fractures multiples de ce genre ont été observées surtout dans la maladie de Recklinghausen, le rachitisme tardif et l'ostéomalacie. La maladie de Recklinghausen n'est pas en cause parce que, chez ce malade, le Ca et le P du sérum sont normaux et, d'ailleurs, les rayons X ne montrent pas l'existence de kystes. Quant au rachitisme tardif et à l'ostéomalacie juvénile, ce sont deux affections qu'on ne distingue guère et qui semblent avoir la même origine. Virchow disait cependant que, dans l'ostéomalacie, il y a décalcification tandis que dans le rachitisme ce sont surtout les cartilages qui sont affectés. Mais cette manière de voir n'est plus admise, surtout par les médecins qui exercent en Extrême-Orient où ils observent à la fois l'ostéomalacie et le rachitisme tardif entre lesquels ils font une distinction plutôt quantitative que qualitative (Hutchinson, Stapleton, Maxwell, Hess).

Cependant, Rhoem, Vedel et Puech, etc., considèrent que l'ostéomalacie juvénile est en relation avec un processus parathyroïdien tandis que le rachitisme serait guéri par la vitamine D. Dans le cas de B. il paraît s'agir d'un rachitisme primitivement infantile et devenu ultérieurement tardif.

P.-E. MORHARDT.

IL POLICLINICO [Sezione chirurgica]

(Rome)

Francesco de Victoriis-Medori. ***Le processus de réparation des fractures après exclusion fonctionnelle d'un rein. Le comportement de la calcémie sous l'effet de cette exclusion (recherches expérimentales)*** [*Il Policlinico (Sezione chirurgica)*], an. **45**, n° 7, 15 Juillet 1938, p 297-319). — 1° Chez les animaux dont le rein est fonctionnellement exclu, les os fracturés perdent plus rapidement que chez les animaux témoins leur mobilité anormale; le cal prend plus vite une consistance osseuse; il réduit son volume et modèle son aspect dans un temps plus court.

2° L'étude microscopique des éléments du cal, effectuée à intervalles réguliers, montre bien l'activité rapide du processus réparateur, surtout dans sa première période, où le processus de fibrification du tissu conjonctif prend un rythme accéléré. Cette accélération est également très nette dans la phase des transformations tissulaires (fibreuses-cartilagineuses-ostéoïdes-osseuses).

3° Radiologiquement, la précocité et l'abondance des dépôts de sels de calcium sont très remarquables.

4° La calcémie est également modifiée chez les animaux en expérience : la simple opération ne paraît pas exercer une grande action sur le taux sanguin du calcium.

Après une fracture survient une augmentation passagère de la calcémie; puis une baisse discrète précède un lent retour progressif à la normale.

Après l'exclusion fonctionnelle d'un rein, la calcémie, dans le plus grand nombre des cas, subit une évidente augmentation temporaire, puis un retour progressif à la normale.

L'exclusion rénale contemporaine d'une fracture provoque, le plus souvent, une diminution nette et précoce du taux de calcium sanguin. Le retour au taux normal est progressif.

MARCEL ARNAUD.

ENDOCRINOLOGIA E PATOLOGIA COSTITUZIONALE

(Bologne)

A. Binotto (Padoue) ***Corrélations hormonales entre le thymus et l'hypophyse antérieure*** (*Endocrinologia e Patologia Costituzionale*, vol. **13**, [nouvelle série], fasc. 3, Juillet 1938, p. 237-252). — Les expériences exécutées par l'auteur ont pour but de rendre compte des corrélations existant entre l'hormone du thymus et celle de l'hypophyse antérieure.

12 jeunes lapins ont été séparés en 3 groupes, et chaque groupe de 4, séparé en 2 lots de 2 animaux.

Les animaux du lot I ont été castrés et ceux du lot II ont été laissés entiers.

Puis l'animal n° 1 de chaque lot a été soumis à une injection hypodermique de lobe antérieur d'hypophyse (extrait glycériné représentant une dose de 0 *g*. 25 de glande fraîche de bœuf). Ces injections furent exécutées chaque 2 jours et pendant un temps variant de 20 à 60 jours.

A la suite de ce traitement on a constaté chez tous les animaux ainsi traités des modifications morphologiques sensibles et une différence de poids du thymus. A ces modifications macroscopiques correspondent des modifications histologiques.

L'étude anatomo-pathologique a amené l'auteur à faire les conclusions suivantes:

1° La castration chez l'animal comporte une hypertrophie nette du thymus qui est reconnaissable dans ses transformations morphologiques et pondérales, environ après 40 jours.

2° Le traitement avec l'hormone de l'hypophyse antérieure par voie hypodermique détermine une atrophie du thymus, tant chez les animaux entiers que chez les castrés, mais plus évidente chez ces derniers.

A ces faits endocriniens correspondent des faits cliniques, comme le développement de la fonction sexuelle et, d'une façon générale, celui du corps.

MARCEL LAEMMER.

B. D. Marani (Modena). ***Sur un syndrome d'insuffisance pluriglandulaire endocrinienne*** (*Endocrinologia e Patalogia Costituzionale*, vol. **13** [nouv. série], fasc. 3, Juillet 1938, p. 253-271). — M. décrit un cas d'insuffisance pluriglandulaire avec examen anatomo-histologique de divers organes.

Le syndrome intéressait l'ovaire, la thyroïde et les surrénales qui existaient déjà dans la jeunesse surtout en ce qui concernait les fonctions sexuelles, mais vers 45 ans les phénomènes morbides s'accusèrent. Pendant l'observation médicale de cette malade, elle présentait une extrême cachexie avec sénilité précoce et régression des caractères sexuels (chute des poils aux aisselles, très intense au pubis et atrophie mammaire); chute des cheveux et des dents, cryesthésie, sécrétion sudorale presque absente, asthénie très marquée; hypotension artérielle, hypoglycémie, pigmentations des parties découvertes du corps avec taches irrégulièrement distribuées au tronc et sur les membres, enfin diarrhée datant déjà de 20 ans. Une origine exclusivement hypophysaire de tels troubles était à écarter. En dehors de la maladie endocrinienne il y avait encore à considérer une polynévrite, une pyélonéphrite ascendante, et une hépatite toxi-infectieuse terminale qui, en peu de temps, entraîna la mort de la patiente.

MARCEL LAEMMER.

THE TOHOKU JOURNAL OF EXPERIMENTAL MEDICINE

(Sendai)

G. Sai. ***Effets de la transfusion sanguine additionnée d'ions cuivre sur l'anémie aiguë et chronique des femmes*** (*The Tohoku Journal of experimental Medicine*, t. **33**, n° 5, Juillet 1938. p. 369-383). — S. emploie une solution de sulfate de cuivre à 1 *mg*. par centimètre cube, dans l'eau citratée à 3,8 pour 100. Il a calculé la dose de cuivre à injecter d'après l'unité-lapin, 0 *mg*. 04 par kilogramme de poids, et a fait une dose allant de 2 à 2,5 E.

Dans un premier groupe de faits il a traité des femmes atteintes d'anémie aiguë à la suite d'hémorragies de la délivrance.

Il a constaté que la transfusion additionnée de cuivre se montre très efficace dans ces anémies aiguës, les hématies revenant d'ordinaire en 15 jours au taux normal. Comparant des femmes traitées par la simple injection intraveineuse d'eau physiologique additionnée d'ion cuivre avec d'autres qui reçurent une transfusion sanguine sans cuivre, il a vu que la première méthode est bien plus avantageuse Jamais il n'a noté d'effets secondaires fâcheux.

Dans un second groupe de faits il s'est adressé à des femmes présentant une anémie chronique consécutive en général à un cancer utérin.

Là encore, il a pu constater la supériorité des transfusions additionnées de cuivre sur les transfusions simples. Dans la quinzaine qui suit ces dernières, le chiffre des hématies n'augmente en moyenne que de 275.000 tandis qu'avec les transfusions avec cuivre l'accroissement atteint 875.000, l'hémoglobine n'augmentant que de 5 pour 100 en l'absence de cuivre contre 12 pour 100 avec le cuivre. Sans cuivre, l'activité hémopoïétique se suspend passagèrement, puis reprend au bout de quelques jours, pour revenir le plus souvent à sa valeur primitive en deux semaines. Avec le cuivre, par contre, cette activité augmente dès le premier jour et elle persiste encore accrue au bout de 2 semaines. S. a pu établir que les ions cuivre injectés renforcent l'action heureuse de la transfusion, tant à l'égard de la mobilisation de la réserve d'hématies qu'en ce qui concerne l'influence inhibante exercée sur le système hémolytique.

P.-L. MARIE.

POLSKIE ARCHIWUM MEDYCYNY WEWNETRZNEJ

(Varsovie)

N. Berlin. ***Contribution expérimentale à la prophylaxie des épanchements au cours du pneumothorax artificiel*** (*Polskie Archiwum Medycyny Wewnetrznej*, t. **16**, fasc. 2, 1938, p. 217-232). — B. estime que les épanchements inflammatoires survenant au cours du pneumothorax artificiel sont dus à l'abaissement du seuil de l'irritabilité de la plèvre, qui est l'expression de l'état biologique de l'individu. Il semble que l'augmentation du seuil de l'irritabilité de la plèvre permette d'éviter cette complication. En provoquant l'inflammation pleurale passagère et bénigne, on rend la plèvre plus résistante aux agents nocifs qui interviendront plus tard. S'inspirant de la technique employée par Unverricht et Dosquet, B. expérimente sur des

lapins. Il sensibilise leur plèvre par des solutions d'huile goménolée à 2,5 pour 100 et 5 pour 100, et introduit ensuite 2 cm^3 de nitrate d'argent. Les résultats démontrent que les animaux traités préalablement par l'huile goménolée résistent aux doses mortelles de nitrate d'argent. Ainsi, l'huile goménolée, en augmentant le seuil d'irritabilité, désensibilise la plèvre à l'action du facteur nocif. En étendant la méthode à la pratique du pneumothorax, l'introduction préventive dans la plèvre d'huile goménolée à la concentration de 5 pour 100 permettra d'éviter les épanchements, qui sont une entrave réelle au traitement par le pneumothorax.

FRIBOURG-BLANC.

G. Glass. ***Méthode quantitative du dosage de la mucine dans le suc gastrique, la salive et les crachats*** (*Polskie Archiwum Medycyny Wewnetrznej*, t. **16**, fasc. 2, 1938, p. 262-297). — En vue de l'étude du rôle de la mucine dans la pathologie de l'estomac, G. élabore une méthode détaillée de dosage de la mucine dans le suc gastrique, la salive et les crachats. La méthode est basée sur le pouvoir de fixation de l'iode en milieu neutre. La mucine est séparée par la précipitation par l'acétone du filtrat trichloracétique du suc gastrique, de la salive ou des crachats homogénéisés préalablement par l'addition de soude. Après la dissolution du précipité de mucine dans la soude et ajustement du *pH* de la solution à 6,8, on ajoute 2 cm^3 de solution n/200 d'iode et on dose l'iode fixé par la mucine en présence de bleu de méthylène employé comme indicateur.

La méthode est standardisée d'après le taux d'azote contenu dans la mucine et la fixation d'iode. Le dosage n'est pas influencé par la présence de pseudomucine de la bile ni par les protéides.

FRIBOURG-BLANC.

V. Hartwig. ***Allergométrie dans la tuberculose des adultes*** (*Polskie Archiwum Medycyny Wewnetrznej*, t. **16**, fasc. 2, 1938, p. 298-319). — H. applique chez l'adulte le principe de l'allergométrie étudié par Groër chez l'enfant. Ses observations portent sur 102 malades. Il en résulte que l'allergométrie chez l'adulte a une valeur moindre que chez l'enfant. Ce fait s'explique par le développement de l'allergie topographique de la peau, qui n'est pas en parallélisme ni avec l'état général du malade, ni avec le processus tuberculeux se déroulant dans l'organisme. Dans ces conditions, la réaction d'Ellermann-Erlandsen ne facilite pas le diagnostic et sa valeur pratique ne dépasse pas celle de toute autre réaction tuberculinique. D'une façon générale, H. constate que les réactions intenses se rencontrent dans la tuberculose des adultes, chez des individus ayant une résistance organique élevée. Par contre, l'anergie est particulièrement fréquente dans la tuberculose intestinale.

FRIBOURG-BLANC.

V. Markert. ***Influence des tumeurs du pancréas sur l'activité sécrétoire du rein*** (*Polskie Archiwum Medycyny Wewnetrznej*, t. **16**, fasc. 2, 1938, p. 396-405). — M. constate que le cancer du pancréas s'accompagne d'insuffisance du rein gauche. Cette déficience est due au réflexe nerveux subordonné à l'irritation mécanique des fibres ou des ganglions nerveux par les ganglions lymphatiques cancérisés. Cette constatation a un retentissement pratique d'ordre diagnostique et thérapeutique.

FRIBOURG-BLANC.

CASOPIS LEKARU CESKYCH
(Prague)

Hejduk. ***Contribution à l'étude clinique et thérapeutique des chylangiomes et des fistules chylifères*** (*Casopis lekaru Ceskych*, an. **77**, n° 21, 27 Mai 1938, p. 656-661). — En 1937, un cas très rare de fistule chylifère a été opéré à la clinique chirurgicale du Prof. Petrivalsky, à Brno. La littérature n'en compte que 15 cas, dont un seul opéré. Il s'agissait d'une jeune fille de 12 ans qui présentait une lymphangiectasie localisée à la fosse iliaque gauche. Tous les 3 mois environ s'ouvrait une minuscule fistule qui laissait sourdre environ 2 litres par jour d'un liquide blanc, analogue à du lait et que l'analyse chimique identifia comme du chyle. Cette anomalie durait depuis 6 ans, l'écoulement de liquide durant chaque fois 2 ou 3 jours, avec occlusion temporaire ultérieure de la fistule. Cet écoulement s'exagérait pendant la marche et la station verticale. Il cessait en décubitus dorsal. Après un repas riche en graisses, il devenait plus abondant et plus épais. La radiographie, après injection de substance opaque, montrait seulement l'existence d'un lymphangiome sous-cutané.

Au cours de l'intervention, un vaisseau lymphatique dilaté, conduisant, à travers l'anneau crural, dans la cavité abdominale, fut découvert. Le vaisseau était rempli par la substance opaque. Il fallut pratiquer une laparotomie et atteindre les lymphatiques du tronc lombaire gauche, qui furent liés et sectionnés. La guérison fut complète en quelques mois.

D'après les études déjà publiées sur cette question et les rapports anatomiques de la citerne de Pecquet et de ses prolongements, il semble que les lymphangiomes de ce genre résultent d'une prolifération des lymphatiques lombaires, avec insuffisance valvulaire et dilatation qui peut se propager jusqu'à l'embouchure du tronc intestinal, si bien que le chyle, par son propre poids, s'insinue dans ces lymphatiques où normalement il n'apparaît jamais. Ainsi se produit le chylangiome et éventuellement, s'il se rompt, la fistule chylifère. Celle-ci ne peut guérir que par discision des lymphatiques lombaires. Une seule intervention analogue a été pratiquée en 1936, par Noordenbos, à l'occasion d'un chylangiome sans fistule. L'opération pratiquée à Brno est donc en réalité la *première cure radicale chirurgicale de fistule chylifère.*

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Bâle)

K. Lenggenhager. ***Quand et pourquoi le sang de cadavre est-il liquide?*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **68**, n° 25, 18 Juin 1938, p 719-722). — En dehors de l'organisme le sang coagule d'une façon massive et dans le caillot se trouvent réunis tous les éléments cellulaires tandis que le sérum qui s'en échappe est limpide. Par contre, dans le cadavre, on trouve, à côté de caillots et de « couennes » (plasma coagulé sans globule rouge du fait de la rapidité de la sédimentation), du sang liquide qui présente un taux souvent normal d'érythrocytes et qui ne coagule pas par adjonction de thrombine. En tout cas, on ne trouve pas de caillot représentant un moulage étendu des vaisseaux. On est donc amené à admettre qu'en pareil cas le fibrinogène disparaît par voie autolytique.

Chez les sujets morts par suffocation, il y a suracidification due à la présence d'acide carbonique, mais ce fait n'explique, d'après les expériences de L., qu'un retard et non pas l'absence de coagulation. Dans 10 cas de sujets décédés en état de dyspnée, le sang recueilli immédiatement après la mort, par ponction veineuse, coagule rapidement et normalement sans doute par évaporation de CO_2. Il en est de même avec le sang recueilli 2 heures après la mort, mais les caillots sont alors plus petits et on n'obtient plus, à partir de ce moment, que le 1/10 ou le 1/20 du poids de fibrine qu'on trouve dans le sang recueilli immédiatement après la mort. Au bout de 8 ou 10 heures, le sang recueilli est liquide et ne coagule plus, même en présence de thrombine. Au bout de 24 heures, le sang de ces 10 cadavres était entièrement liquide. En somme, sous l'influence de l'acidification, le fibrogène semble disparaître par voie autolytique plus rapidement que dans les autres circonstances. Le sang recueilli chez ces sujets 2 ou 3 heures après la mort contient d'ailleurs un taux normal de thrombine, et la disparition du fibrogène explique qu'après la mort la sédimentation soit extraordinairement ralentie. A ce moment le plasma présente une teinte jaune d'or analogue à celle du sérum, très différente de la teinte jaune clair du plasma recueilli immédiatement après la mort. Dans le sang de tous ces sujets les plaquettes étaient normales au point de vue forme et au point de vue nombre. Dans le tétanos on fait les mêmes constatations que chez les sujets morts par suffocation. En pareil cas, à côté de l'acide carbonique, intervient l'acide lactique des muscles. Il en est de même dans le *deliriums tremens* et dans le coup de chaleur.

Dans la pneumonie, on trouve beaucoup de caillots parce que le fibrinogène est considérablement augmenté et parce qu'il arrive dans la circulation beaucoup de thrombine provenant des désintégrations cellulaires qui se passent dans les foyers pneumoniques.

D'une façon générale, le sang n'est entièrement liquide dans les cadavres que quand les fonctions cardiaques ont persisté plus longtemps que les fonctions respiratoires, entraînant ainsi de l'anoxémie. Inversement les processus inflammatoires, ainsi que les hématomes, accélèrent la coagulation post-mortelle.

P.-E. MORHARDT.

St-J. Leitner. ***Parésies nerveuses comme complication au cours du traitement par le pneumothorax*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **68**, n° 26, 25 Juin 1938, p. 747-748). — Chez un malade de 46 ans, observé par L., il est survenu, au cours d'un traitement par pneumothorax, une pleurésie exsudative qui a entraîné une paralysie du phrénique, temporaire, mais néanmoins de plusieurs mois de durée. Cette paralysie s'est manifestée par l'élévation et l'immobilisation du diaphragme droit exactement comme après phrénicectomie.

Dans un autre cas concernant un sujet dont 5 proches parents ont fait de la tuberculose plus ou moins grave, il est survenu, au bout de 4 ans d'un traitement par pneumothorax et par suite de la rétraction du poumon gauche, une paralysie du récurrent. Dans ce cas, la rétraction du poumon s'explique par le fait qu'avant le traitement il y avait tuberculose caverneuse étendue de cet organe.

P.-E. MORHARDT.